

2 vols in 1

MONOGRAPHIE

DES

IRRITATIONS

INTERMITTENTES.

OUVRAGES DU MÊME AUTEUR.

1° *De la nature et du siége de la plupart des affections convulsives, comateuses, mentales,* telles que *l'hystérie, l'épilepsie, le tétanos, l'hydrophobie, la catalepsie, l'hypocondrie, la manie,* etc. In-8. 4 fr.

2° *Réflexions sur la théorie physiologique des fièvres intermittentes et des maladies périodiques.* In-8. 3 fr. 50

3° *L'art de conserver la santé et de prévenir les maladies héréditaires.* Un très fort vol. in-8, 1828. 8 fr. 50

PARIS. — IMPRIMERIE DE BOURGOGNE ET MARTINET, rue Jacob, 30.

MONOGRAPHIE

DES

IRRITATIONS INTERMITTENTES

OU

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE

DES MALADIES PÉRIODIQUES,

DES FIÈVRES LARVÉES, LOCALES OU TOPIQUES, DES FIÈVRES PERNICIEUSES, DES FIÈVRES RÉMITTENTES ET INTERMITTENTES BÉNIGNES DES AUTEURS ET EN GÉNÉRAL DE TOUT CE QUI OFFRE DE L'INTERMITTENCE OU DE LA PÉRIODICITÉ EN PATHOLOGIE.

NOUVELLE ÉDITION

Entièrement refondue, très augmentée et contenant près de 600 observations, dont un grand nombre suivies d'autopsie.

PAR

P.-J. MONGELLAZ,

Docteur de la Faculté de médecine de Paris et membre de plusieurs Sociétés savantes.

L'irritation morbide peut être intermittente dans tous les appareils et dans tous les systèmes organiques.

BROUSSAIS, *Examen des doctr. médic.*

TOME PREMIER.

PARIS.

SOCIÉTÉ ENCYCLOGRAPHIQUE DES SCIENCES MÉDICALES,

RUE JACOB, N° 25.

1839.


WELLCOME
HISTORICAL
MEDICAL
LIBRARY

HOMMAGE

AU

Célèbre fondateur de la Médecine physiologique.

A

MONSIEUR BROUSSAIS,

PROFESSEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MEMBRE DE L'INSTITUT, DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, MÉDECIN EN CHEF DE L'HOPITAL DU VAL-DE-GRACE, OFFICIER DE LA LÉGION-D'HONNEUR, ETC., ETC.

Vous avez daigné accueillir la première édition de cet ouvrage, bien qu'elle fût peu digne de votre élève; il vous offre avec plus de confiance celle-ci. Heureux s'il a quelque peu profité des immenses travaux auxquels vous n'avez cessé de vous livrer pour l'avancement d'une science qui vous proclamera son régénérateur; heureux s'il devance le jugement de la postérité; et plus heureux encore si ces lignes vous suffisent pour juger tout ce qu'il y a d'amour et de reconnaissance dans l'âme de celui dont vous fûtes le premier maître, et dont vous avez deux fois sauvé la vie alors qu'elle a été menacée par deux graves maladies.

MONGELLAZ.

INTRODUCTION.

Presque tous les matériaux qui nous ont servi à refondre et augmenter cette nouvelle édition des *irritations intermittentes*, étaient prêts, et nous comptions la publier en 1831, époque où déjà elle a été annoncée dans quelques feuilles publiques. En effet, nous pensions toucher au terme des travaux consciencieux et des méditations profondes auxquels nous nous étions livré pour tâcher de répondre quelque peu dignement à la bienveillance qui avait fait accueillir notre premier essai, quoique très incomplet. C'est à la fin de ces travaux, c'est au milieu de ces petites illusions dans lesquelles un auteur manque rarement de se bercer, que nous sommes tombé dans une très grave et funeste maladie. Nous en avons surmonté les dangers, grâce au génie médical et aux soins affectueux qui ont présidé à notre traitement; mais la secousse et le désordre portés dans notre frêle machine avaient été trop forts et trop profonds pour n'être pas d'une certaine durée. Alors nous quittâmes Paris pour aller consolider notre convalescence et respirer l'air natal, l'air si pur des montagnes de la Savoie. Il s'en est peu fallu que nous ayons oublié à tout jamais les irritations intermittentes, lorsqu'une épidémie de fièvres intermittentes, survenues dans diverses localités où nous avons été en position de les observer plus particulièrement, nous a tiré de notre apathie et conduit à publier l'ouvrage fait et annoncé en 1831.

Depuis quelques années, plusieurs traités avaient été publiés sur les fièvres intermittentes; et nous crûmes d'abord que nous arriverions trop tard pour ajouter quelque peu au faisceau de lumières qui avait jailli de toutes parts. Nous étions d'autant plus porté à croire qu'on aurait épuisé cette matière, qu'elle était devenue, pour ainsi dire, la partie vivante de la médecine, celle qui avait occupé plus activement les esprits. Mais nous nous sommes rassuré à cet égard; nous avons vu que cette matière, prise dans son ensemble, était toujours bien neuve, qu'elle avait été traitée incomplétement, puisque aucun auteur n'avait embrassé d'une manière générale toutes les affections intermittentes, et qu'on s'était contenté comme autrefois de faire l'histoire des fièvres intermittentes, tandis qu'il y avait un si grand nombre de maladies intermittentes sans fièvre dont on ne s'était point occupé. Il restait donc à achever l'œuvre que nous avions commencée en 1821. Il restait à em-

brasser d'une manière générale tout ce qui offre de l'intermittence ou de la périodicité en pathologie ; c'est ce que nous avons tâché de faire. La division que nous avions primitivement adoptée de toutes les affections intermittentes en quatre espèces, inflammatoires, hémorrhagiques, subinflammatoires et nerveuses, nous a paru d'autant plus naturelle et exacte, qu'il nous a été facile de faire entrer dans un cadre ainsi disposé toutes les maladies périodiques, toutes les affections intermittentes et rémittentes, fébriles ou non fébriles, quelque nombreux et variés que soient leurs formes, leur siége et leur nature. Ce plan est d'autant plus avantageux, que nous commençons par l'histoire des affections intermittentes externes, c'est-à-dire de celles dont la connaissance est la mieux établie, puisque nous avons, pour nous en assurer, et les yeux et le toucher. En partant de celles-ci, nous allons du simple au composé, du connu à l'inconnu, de l'extérieur à l'intérieur, pour tracer l'histoire de celles dans lesquelles nous n'avons plus les mêmes moyens d'investigation; nous allons des maladies périodiques sans fièvre ou des affections purement locales à celles qui, étant accompagnées de fièvres, présentent à la fois des symptômes locaux et des phénomènes généraux ou sympathiques, et à celles enfin dans lesquelles ces derniers phénomènes sont tellement saillants qu'ils paraissent constituer à eux seuls toute la maladie, comme dans beaucoup de fièvres rémittentes et intermittentes, dites *pernicieuses*, dites *simples ou bénignes*, *essentielles*. C'est spécialement sur ces fièvres qu'on a longuement disserté et sur lesquelles on a presque uniquement écrit. Cela n'empêche pas que, ainsi restreint, ce sujet ait fourni matière à de fort bons ouvrages, où nous avons puisé bon nombre de faits très intéressants; tels sont ceux de MM. Bailly, Nepple, Bonnet et Maillot, dont la place est marquée dans la bibliothèque de tout médecin désireux de se tenir au courant des progrès de la science, parce que la partie des fièvres intermittentes, pour peu qu'elle soit traitée convenablement, embrasse toute la théorie des fièvres en général et la partie la plus difficile, la plus litigieuse, celle dont on s'occupe le plus depuis 25 ans, celle qui a été l'occasion des débats les plus vifs, les plus animés, les plus savants, soit dans des ouvrages ou des mémoires spéciaux, soit dans les journaux de médecine, celle enfin qui a subi les modifications les plus importantes, et l'on peut dire avec vérité la réforme la plus complète; et tout cela, grâce au génie du célèbre fondateur de la doctrine physiologique, grâce aux travaux de la médecine française, surtout de la médecine militaire, qui, lancée par les conquêtes de Napoléon au sein des diverses Académies et Facultés de l'Europe, a pu, victorieuse et observatrice, parcourir tant de régions

diverses, tant de climats opposés par leur température, devant qui les maladies épidémiques et la mort ont fait passer rapidement les tableaux morbides les plus nombreux et les plus variés, les lésions cadavériques les plus fréquentes et les plus instructives. On ne peut, sans une sorte de satisfaction et d'orgueil, se rappeler que la doctrine physiologique a pris naissance au milieu des camps et des armées, comme si la fortune qui favorisait la France eût voulu faire servir à son honneur jusqu'aux blessures et aux maladies des braves qui l'illustraient par leurs hauts faits et par leurs victoires.

Sans doute la médecine civile doit avoir sa part de gloire dans la voie des progrès et de la grande réforme du XIXe siècle. L'on voit dans l'école de Montpellier surgir Dumas et surtout Bordeu, dans l'école de Paris, Chaussier, Pinel, et dans un tout petit coin, à peine sorti des bancs de l'école, un petit provincial médite sur la vie et la mort, passe sa frêle existence à visiter des malades, à interroger des cadavres. Cet inconnu jeune homme bientôt forme à lui seul une école, car c'est le grand, c'est l'immortel Bichat que la mort frappe au milieu de ses vastes travaux anatomiques, alors qu'il commençait à lancer dans la médecine ces idées larges, ces vues lumineuses qui, poursuivies et fécondées par le génie de Broussais, ont amené ces immenses progrès et toutes ces importantes réformes qui constituent aujourd'hui la doctrine physiologique.

Nous ne craignons pas d'être taxé de panégyriste dans ce peu de mots que l'exacte vérité nous commande, et nous croyons rester bien au-dessous de la part de gloire que la postérité décernera à ces deux grands génies, dont l'un meurt si vite que les grands corps scientifiques n'ont pas le temps de s'emparer d'un nom dont l'éclat eût relevé celui de tant de nullités académiques, et dont l'autre ne reçoit que des distinctions tardives, long-temps disputées, mille fois conquises à force de travaux et de génie ; trop heureuse l'école de Paris de le recevoir dans son sein et d'empêcher ainsi le disparate de deux écoles dont celle d'un seul homme n'est pas la moins solide et la moins brillante. Chose remarquable! Justice tardive! Il a fallu que les élèves entrassent avant le maître dans cette école déjà en grande partie réformée selon ses principes, quand le grand réformateur est appelé à y faire entendre sa voix. Arrivé à une époque et dans un âge où il semblait impossible qu'il fît quelque sensation là où déjà tout était plein de lui, on peut dire que M. Broussais s'est surpassé lui-même, soit dans ses nouveaux écrits, soit dans ses derniers cours de pathologie; mais au milieu de ces travaux si multipliés et si importants, comme le flambeau de la vie a usé

rapidement cette organisation si forte, si énergique et si puissante! Faisons des vœux pour qu'il conserve le plus long-temps possible ce reste de vie dont les sciences médicales ont encore tant besoin. Déjà la postérité nous envie cette gloire contemporaine qui jette sur la médecine française un si grand lustre qu'elle peut à juste titre se glorifier d'être aujourd'hui sans rivale.

Il nous serait impossible d'entrer ici dans les détails des travaux qui ont amené des réformes si satisfaisantes pour la théorie d'un grand nombre de maladies, et des modifications si importantes et si utiles dans les modes de traitement qui leur conviennent : sans parler des hémorrhagies, des hydropisies, des flux diarrhéiques, leucorrhéens, cholériques, etc., des affections scrofuleuses, dartreuses, cutanées, cancéreuses, maladies où tout était asthénie, mystère, passivité, indécision pour le diagnostic, fatalité et souvent désespoir dans le pronostic, empirisme ou routine aveugle pour le traitement; sans parler de la plupart des phlegmasies chroniques, dans lesquelles on ne savait point reconnaître le même mode d'irritation à différents degrés, ni la même nature inflammatoire, susceptible de varier dans sa forme et dans sa marche, et dans lesquelles on ne voyait que des maladies *spéciales*, *suï generis*, sous les noms de *phthisie*, de *fièvre hectique*, de *scrofules*, de *cancer*, d'*obstructions*, de *fièvres entéro-mésentériques*, etc., maladies contre lesquelles la thérapeutique, indécise et contradictoire comme la théorie, essayait tour à tour les moyens les plus opposés et souvent les plus nuisibles. Eh bien! grâce aux progrès d'une physiologie positive et rationnelle, grâce à la théorie de l'irritation, la médecine s'est avancée à pas plus assurés dans l'étiologie et le diagnostic d'un grand nombre de maladies qui embarrassaient les nosologistes dans leurs classifications, et bien plus encore les praticiens au lit de leurs malades.

Ce n'est pas à dire que tout soit fini, que la lumière ait jailli partout et au même degré dans la théorie dont il s'agit. L'irritation inflammatoire seule a été poursuivie dans tous les appareils organiques, dans tous les tissus, et retracée dans la plupart de ses nuances, de ses modifications aiguës et chroniques. L'irritation hémorrhagique, qui se trouve liée à la précédente, avec laquelle elle a des rapports si intimes, a suivi la même marche et les mêmes progrès. Mais l'irritation subinflammatoire est loin, bien loin encore d'avoir été poursuivie dans tous les tissus qui lui appartiennent, d'avoir été tracée avec méthode et précision dans ses nuances si variées, si diverses, suivant la diversité d'organisation des surfaces exhalantes et sécrétoires, des glandes, des cryptes, des follicules, partout répandus dans l'économie, et dont le

rôle est plus ou moins actif suivant la prédominance du système blanc ou lymphatico-sécrétoire, exhalant et absorbant.

Il en est de même de l'irritation nerveuse : il n'y a guère que certaines névralgies qui soient parfaitement connues et localisées. Jetons un coup d'œil sur la classe des névroses ou des irritations nerveuses des viscères. Tout n'est-il pas encore obscurité, incertitude dans la théorie, et partant indécision, empirisme, très souvent insuccès dans le traitement? Il n'est donc pas étonnant que ce soit sur ce terrain-là que veuillent rester ou sans cesse nous ramener les obscurantins de la science médicale! Mais comment concevoir que des écrivains d'une certaine portée puissent se replonger dans l'obscurité et le dédale des maladies purement vitales et des névroses, chaque fois que, dans une question médicale, tout n'est pas expliqué, tous les problèmes ne sont pas résolus? Dans la grande question des fièvres par exemple, surtout des fièvres intermittentes, des écrivains modernes veulent par leur théorie nous faire rétrograder d'un siècle, et proclamer plus haut encore que ne l'avait fait le professeur Alibert, que ce sont des *névroses!* Croient-ils donc faire avancer l'histoire, éclairer le diagnostic de ces fièvres, par cette hypothèse renouvelée des anciens?

Du moment que le grand échafaudage de l'*essentialité* eut été battu en brèche dans les fièvres continues et renversé par la doctrine physiologique, du moment qu'avec les armes puissantes de l'analogie et qu'aidé des recherches de plus en plus fécondes et lumineuses de l'anatomie pathologique, nous eûmes poursuivi ce dernier retranchement qu'on élevait à l'essentialité dans les fièvres intermittentes, que firent nos adversaires? Les uns, ramassant les débris de l'essentialité, élevèrent un autel à la nervosité, et les maladies les moins connues, celles qui depuis Hippocrate jusqu'à nous ont fait le désespoir du médecin et surtout du praticien, les névroses ont été remises en honneur et multipliées de tout ce qu'il y avait de moins caractérisé dans les fièvres continues et intermittentes. Mais les écrivains anti-physiologistes ne sont pas plus heureux dans leurs nouveaux systèmes de nervosité que dans leurs nouvelles créations de maladies humorales : les premiers déjà ne s'entendent plus, puisque les uns, à l'exemple de Stahl, veulent rapporter toutes les fièvres intermittentes à des troubles de fonctions, sans lésions organiques : ce sont les vitalistes purs; les autres, comme Hoffmann, reconnaissent une souffrance, une lésion du système nerveux de la vie animale, et c'est autour de l'axe cérébro-spinal, leur grand pivot de nervosité, qu'ils rattachent toutes les fièvres et maladies périodiques; plusieurs autres veulent au contraire avec Médicus, que ce soit du système ner-

veux de la vie organique, ou du centre nerveux épigastrique et abdominal, que partent tous les levains fébriles et morbides intermittents, quels qu'ils soient. Que résulte-t-il jusqu'à présent des travaux des vitalistes et des partisans de la nervosité, soit cérébro-spinale, soit ganglionnaire? Que résulte-t-il de ces opérations de l'entendement ou de ces hypothèses, car on peut à bon droit les appeler ainsi, jusqu'à ce que des faits positifs et matériels soient venus à leur appui, si toutefois ils y viennent? Il en résulte, selon nous, de fort bons mémoires; tels sont ceux de MM. Jolly, Blaud, Guérin de Mamers, Brachet, etc., qui font peut-être mieux apprécier le rôle que joue le système nerveux dans beaucoup de maladies, qui, pour cela, n'en sont pas devenues purement vitales et nerveuses. Le nombre de celles reconnues inflammatoires par la doctrine physiologique, n'en est point diminué, parce qu'il ne saurait l'être par de simples raisonnements, et parce qu'en général on ne leur a reconnu ce caractère que d'après le mode d'action des causes, d'après l'analyse des symptômes, et d'après l'examen attentif des lésions organiques.

Quant à l'humorisme, quelques efforts qu'on ait fait pour le ressusciter ou le ravitailler, cet emprunt, fait à l'école de Galien, n'a pas été heureux; on s'étonne même qu'on ait cherché à le tirer de l'oubli où il gisait depuis des siècles, et dont il ne semblait pas devoir sortir encore tant qu'il ne serait escorté que d'un si faible bagage de faits avortés ou caducs comme lui. Le croirait-on cependant? à peine fut-il remis sur la scène médicale que des écrivains le retournèrent dans tous les sens, le présentèrent sous les faces les plus avantageuses, en un mot, lui firent jouer le plus grand rôle et produire le plus grand bruit possible; mais, dans notre siècle de solidisme et presque de matérialisme, il n'y a pas eu de l'écho en France pour l'humorisme; tout ce grand bruit s'est dissipé avec la rapidité d'un feu d'artifice, sans toutefois produire une lumière même instantanée; c'est la montagne en travail qui est accouchée d'une souris!... Le premier et sans contredit le plus habile promoteur de l'humorisme de nos jours, M. Andral ne semble l'avoir exploité, ainsi que l'essentialité des fièvres, que comme une espèce de garantie antinovatrice ou antibroussénienne, pour arriver plus vite et plus sûrement à une chaire de médecine à laquelle il avait d'ailleurs des titres incontestables. Quoi qu'il en soit, notre jeune et savant professeur n'a pas tardé à rompre un accord illégitime avec les essentialistes purs et avec les humoristes outrés; il a même cru, dans l'intérêt d'une cause dont il avait été l'avocat, devoir arrêter le zèle de ceux qui, après lui, se sont jetés en foule dans les voies de l'humorisme, et dont quelques uns, avec

plus d'ardeur que de discernement, commençaient à compromettre une cause par elle-même si débile et si chancelante. *Ne compromettons pas*, dit-il, *la cause de l'humorisme en demandant aux faits qui sont de son domaine plus qu'ils ne peuvent encore nous donner.*

On nous objecte que le solidisme ne peut suffire pour résoudre toutes les questions relatives aux fièvres (continues et intermittentes), et qu'il faut bien revenir à l'humorisme pour lui en demander la solution ! *Revenir à l'humorisme,* cela ne gène point les médecins physiologistes, d'autant plus qu'ils ne l'ont jamais répudié entièrement. De tout temps ils ont reconnu, non pas des *vices* dans les humeurs, mais un sang et des humeurs riches ou pauvres en matériaux nutritifs, bien ou mal élaborés, c'est-à-dire provenant de bons ou de mauvais matériaux alibiles, comme dans la pléthore sanguine, dans le scorbut, par exemple. Nul doute qu'il ne soit utile et convenable d'interroger tous les systèmes de médecine, pour y prendre tout ce qu'il y a de bon, tout ce qui peut servir à la solution des problèmes si nombreux qui restent encore à résoudre. Mais si l'on a jeté un regard en arrière pour demander un dernier secours à l'humorisme dans la solution de quelques difficiles problèmes, on ne peut tarder à reconnaître l'insuffisance ou la nullité de cet emprunt rétrograde, et l'on n'en marchera que plus sûrement dans les voies plus larges de l'irritation ou du solidisme physiologique; c'est une mine riche et féconde qui est loin, bien loin encore d'avoir été exploitée jusqu'au bout et dans tous les sens. On s'étonne à tort qu'avec elle on ne soit point encore parvenu à éclairer tous les doutes, à lever toutes les difficultés ! Certes, quand le solidisme moderne aura dominé aussi long-temps le monde médical que l'antique humorisme, c'est alors, mais seulement alors qu'on pourra désespérer des ressources ou des lumières qu'on peut y puiser. Avant de faire briller d'un éclat factice ou trompeur cette lumière si pâle et si faible qui peut nous venir de l'humorisme, pourquoi ne pas poursuivre celles mille fois plus vives et plus sûres que nous avons déjà trouvées dans le solidisme physiologique? Ainsi, pour résoudre certaines questions difficiles, relatives aux fièvres continues et intermittentes (nous disons *certaines*, parce que, de l'aveu même de beaucoup d'essentialistes et d'humoristes, on doit déjà au solidisme la solution du plus grand nombre et des plus importantes), a-t-on interrogé avec assez de soins tous les systèmes organiques? a-t-on fait convenablement la part que chacun d'eux peut fournir au faisceau de lumières dont on a besoin dans la recherche de la vérité? Nous ne le pensons pas. En effet, combien n'est-on pas encore éloigné d'avoir porté, dans le système blanc ou

lymphatico-sécrétoire, les investigations lumineuses et profondes dont le système capillaire sanguin a été l'objet! Cependant celui-là, eu égard au grand rôle qu'il joue dans toutes les opérations saines de l'économie, ne doit-il pas en exercer un autre nécessairement très étendu et très influent dans ses opérations morbides? Hé bien! jusqu'à présent ce système a été mal étudié dans l'état physiologique, plus mal encore dans l'état pathologique. Comment pourrait-on connaître le rôle qu'il joue et la grande part qu'il prend dans la production des lésions organiques si nombreuses et si variées, d'où peuvent résulter toute espèce de fièvres? N'est-ce pas dans l'étude physiologico-pathologique de ce système qu'on trouvera la solution de plusieurs problèmes relatifs aux flux morbides des anciens, à ces ramollissements particuliers de tissu des modernes, aux productions anormales, aux indurations blanches, aux transformations de tissus, aux diverses sécrétions couenneuses et morbides quelconques, et à ces lésions remarquables qui forment, dit-on, le caractère anatomique des fièvres graves, putrides, pestilentielles, typhoïdes, etc.? Qu'on entre donc franchement, mais avec zèle, avec persévérance, dans cette voie de l'irritation ou du solidisme physiologique, et l'on verra s'il n'y a pas moyen d'en tirer plus de fruits pour la science qu'en se replongeant avec MM. Petit et Récamier dans les *principes morbifiques* des anciens, avec MM. Bretonneau et Louis dans de mystérieuses *spécialités morbides*, avec MM. Piorry et Gendrin dans l'*humorisme*, avec MM. Jolly, Rayer, Dubois, dans les abstractions d'une *nervosité métaphysique!*

Dans l'anatomie pathologique de nos jours, on fait pour les altérations organiques, suite des fièvres graves, précisément ce qu'on faisait autrefois pour la description de leurs symptômes : on en distingue plusieurs genres à part et une grande quantité d'espèces différentes, méthodiquement classées, décrites, et même coloriées, telles que les *formes granuleuse* et *gaufrée;* les *formes pustuleuse*, *variolique* et *fongueuse;* les *boutons furonculeux;* les *formes ulcéreuse* et *gangréneuse;* les *formes entéro-mésentérique, pseudo-membraneuse*, *folliculeuse*, etc. Toutes ces formes anatomico-pathologiques, qu'on divise et distingue aujourd'hui avec tant de soins, ne se réduiront-elles pas un jour à un fait pathologique très simple, à une irritation subinflamatoire ou lymphatico-glandulaire, de la même manière que toutes les fièvres essentielles (jadis si nombreuses et divisées en tant d'espèces différentes) se trouvent maintenant, même pour les essentialistes, réduites au seul genre de fièvres typhoïdes? Singulière et bien remarquable destinée que celle des fièvres essentielles! Dans l'antiquité la

plus reculée, leur nombre, d'abord très grand, fut déjà singulièrement ballotté du plus au moins : Nos anciens, dit Galien, ne mettaient plus au rang des *fébricitants*, les pleurétiques, les péripneumoniques, mais seulement les malades qui, avec la fièvre, n'avaient d'affection grave dans aucun organe principal. Plus tard, le nombre des fièvres s'accrut si prodigieusement qu'on fut obligé de les diviser, de les classer en beaucoup d'espèces, sous des noms différents, afin de soulager la mémoire et de se reconnaître dans cet entassement de symptômes qui ne se rattachaient à rien de matériel dans l'organisme. Il fut un temps où le catalogue des maladies n'était presque composé que de fièvres : il y en avait de *catarrhales*, de *pleurétiques*, de *lactées*, de *pétéchiales*, de *pneumoniques*, de *cérébrales*, d'*arthritiques*, d'*érysipélateuses*, de *traumatiques*, de *varioleuses*, de *miliaires*, de *dysentériques*, de *vermineuses*, de *puerpérales*, de *scarlatineuses*, de *rhumatismales*, sans parler des *inflammatoires simples*, des *bilieuses*, des *muqueuses*, *putrides*, *nerveuses*, etc., sans parler encore de la classe nombreuse des fièvres *non caractérisées*. Du temps de Sydenham, les fièvres composaient plus des deux tiers de la somme totale des maladies. Qui ne connaît l'arbre allégorique de Torti, auquel des noms de fièvres énumérées presque par centaines servent de feuillage? On voit par cette énumération quelle immense quantité de fièvres était admise par l'illustre professeur de Modène ! Mais, en les comparant à des feuilles, ne semble-t-il pas pressentir qu'elles auront un jour le même sort? Combien de médecins, avec le célèbre Boerhaave, regardaient la fièvre comme la plus fréquente des maladies! On sait que Sauvages, d'après l'application qu'il faisait des sciences mathématiques à la médecine, arrivait à compter plus cent cinquante fièvres. Et cependant ce grand nosologiste semble avoir le pressentiment que toutes ces fièvres peuvent n'être que symptomatiques. Enfin, jusqu'à l'apparition de la *Nosographie philosophique*, on sait qu'un grand nombre de médecins plaçaient encore au rang des fièvres *essentielles*, les fièvres catarrhales, dysentériques, cérébrales, miliaires, rhumatismales, varioleuses, puerpérales, hectiques des anciens; et plus tard des fièvres *hydrocéphalique*, *entéro-mésentérique*, etc. Il est certain qu'avant Pinel les cartes d'entrée et les numéros de placement dans les hôpitaux de la capitale, comme partout ailleurs, ne portaient guère que des noms de fièvre. C'étaient des fièvres qui partout encombraient les hôpitaux. Le professeur Pinel limita, comme on le sait, à cinq classes particulières toutes les fièvres essentielles, sous les noms d'*inflammatoires*, *bilieuses*, *muqueuses*, *adynamiques* ou *putrides*, *ataxiques* ou *nerveuses*. On connait le sort qu'ont eu suc-

cessivement ces fièvres : toutes, en commençant par ces dernières, ont fini par être répudiées comme maladies générales ou essentielles. A mesure que la doctrine physiologique a fait des progrès, toutes ces entités fébriles ont été localisées ou rapportées à la souffrance et à la lésion idiopathique de tel ou tel organe dont les influences sympathiques provoquent les phénomènes généraux et fébriles dont il s'agit. Un des professeurs les plus distingués de l'école de Paris, qui jadis consacrait un volume aux fièvres essentielles dans les premières éditions de son excellente *Clinique médicale*, aujourd'hui ne nous y retrace plus que des maladies de l'abdomen, de la poitrine et du cerveau. M. Chomel lui-même, sans contredit le premier des essentialistes, et qui d'abord ne trouvait pas assez large le cadre de Pinel pour y loger toutes ses entités fébriles, aujourd'hui a tellement modifié son opinion à cet égard, qu'il n'admet plus qu'un seul genre de fièvres essentielles sous le nom de fièvres *typhoïdes*. Toutes les fièvres ne sont plus, pour cet habile professeur, que des *formes différentes de la même maladie*. Hé bien, cette non-essentialité des fièvres, à laquelle on arrive malgré soi et presque généralement aujourd'hui, ne constitue-t-elle pas le premier et le plus beau triomphe de M. Broussais? N'est-ce pas lui qui a détruit sans retour l'ancien édifice de l'ontologie? Sur ses débris il a fondé cette doctrine qui porte le nom de la première source de lumières où elle a puisé. Les principes de cette doctrine, à la fois simples et positifs, sont encore essentiellement progressifs et susceptibles de nombreux développements que l'expérience et l'observation amènent peu à peu. Déjà, depuis plusieurs années, ses principes ont mûri et fructifié; ils se sont élargis par suite de faits nouveaux, de méditations sérieuses, de discussions importantes. Ce qui naguère paraissait outré et exclusif, s'efface insensiblement, soit parce qu'on s'habitue à y regarder de près et à juger sans prévention, soit parce qu'en effet l'ardeur du prosélytisme s'est calmée à mesure que la coalition adverse a disparu. Quoi qu'il en soit, il est facile de reconnaître le rapprochement des opinions jadis si divergentes et même si opposées. Une lente, timide, mais progressive fusion, effet du temps et de la force des choses, bien plus que des volontés individuelles, s'établit de jour en jour, non plus seulement d'une manière tacite, mais publique et solennelle, puisqu'on ne craint plus de la professer au sein des grandes écoles de médecine et dans les principaux cours de médecine clinique. Quelques uns même des plus grands antagonistes de la doctrine physiologique, après avoir beaucoup déclamé contre elle, se sont emparé de ses principes; et, grâce à quelques petites modifications qu'ils font mousser bien haut pour rendre leur

larcin moins apparent, ne craignent plus de les professer en se donnant des airs de novateurs ou de créateurs dont chacun reconnaît le travestissement, si ce n'est le ridicule.

Mais revenons à notre but, et traçons en quelques mots le plan de cet ouvrage : comme on l'a fait pour la théorie des maladies et des fièvres continues, nous avons voulu, pour la théorie non moins importante des maladies périodiques et des fièvres intermittentes, profiter des progrès qu'ont fait faire à la médecine, soit la richesse et la variété des faits, soit l'étude plus approfondie et plus avancée de la physiologie, soit les recherches nombreuses et de plus en plus fécondes de l'anatomie pathologique, oui, nous avons voulu profiter de toutes ces données si lumineuses, pour rapporter enfin à des organes malades tous les phénomènes morbides, sous quelques formes variées, remarquables ou pernicieuses, qu'ils se présentent, et quel que soit leur type, périodique rémittent ou intermittent. Ainsi, quand nous avons vu l'intermittence se joindre aux symptômes d'une ophthalmie, d'un érysipèle, d'une affection rhumatismale et goutteuse, ou bien d'une otite, d'une sciatique, d'une épistaxis, d'une diapédèze, d'une dartre, etc. ; au lieu d'en faire des fièvres *larvées*, locales ou topiques, nous en avons fait l'histoire en les considérant purement et simplement comme des affections périodiques, tantôt inflammatoires, tantôt nerveuses, tantôt hémorrhagiques, tantôt subinflammatoires ou lymphatico-sécrétoires, ayant leur siége à l'extérieur et accompagnées ou non de fièvre. Même opération, mêmes principes et histoires analogues pour les angines, les pleurésies, les encéphalites, les gastrites, etc., qui par leur marche aiguë, leur durée courte et passagère, cessaient pour revenir à des époques déterminées : au lieu de voir en elles des fièvres intermittentes pernicieuses essentielles, nous les avons reconnues et traitées pour de véritables phlegmasies intermittentes et plus ou moins fébriles des viscères. Il en est de même des maladies d'un autre genre, comme des hémoptysies, des leucorrhées, des épilepsies, etc., qui disparaissent plus ou moins rapidement pour revenir à certains jours, nous les avons reconnues et traitées pour des affections nerveuses, hémorrhagiques et subinflammatoires intermittentes, ayant leur siége à l'intérieur, et accompagnées ou non de phénomènes fébriles ou sympathiques.

C'est ainsi qu'en procédant du simple au composé, du connu à l'inconnu, de l'extérieur à l'intérieur, nous sommes arrivé graduellement à faire l'histoire de toutes les affections intermittentes externes et internes, de toutes les maladies qui, dans les auteurs, portent les noms de fièvres larvées, de fièvres intermittentes simples et pernicieuses.

Nous avons reconnu qu'il était temps de profiter de la masse déjà si considérable de faits existants dans les annales de la science, pour rattacher ces phénomènes fébriles si réguliers dans leur retour et si mobiles, si variés dans leurs formes, tour à tour légers ou saillants, simples ou compliqués, bénins ou pernicieux, pour rattacher, disons-nous, tous ces phénomènes à quelque chose de positif, de matériel, c'est-à-dire à la lésion d'un ou de plusieurs organes. La symptomatologie des fièvres intermittentes est aujourd'hui aussi complète que possible. Pour une bonne part, elle remonte à l'antiquité la plus reculée, puisque les tableaux qui ont été tracés depuis Hippocrate jusqu'à nous sont frappés au coin de la vérité dans ce qu'ils renferment, puisque la nature nous les représente encore aujourd'hui sous les mêmes formes qu'il y a deux mille ans. Causes, symptômes, durée, pronostic, tout a été indiqué par nos devanciers; joignons donc l'observation et l'expérience si précieuses des anciens, aux recherches multipliées, aux observations plus complètes et plus concluantes qui ont été faites de nos jours, afin que de cet ensemble résulte une masse de faits assez imposante pour résoudre les principales questions relatives aux fièvres intermittentes. On ne peut pas espérer et l'on ne doit pas attendre que la nature vienne, spontanément et dans un certain nombre d'années, se présenter à nous entièrement à découvert dans ses opérations physiologiques et pathologiques. Non, tant qu'on ne fera aucun effort pour les pénétrer, ces opérations, les années s'écouleront presque inutiles, les faits continueront à être entassés sans fruit, sans nulle conséquence importante. Combien de fois, au contraire, n'arrive-t-il pas qu'en cherchant à deviner le but de la nature, à la surprendre en quelque sorte dans ses opérations organiques, on finit par le découvrir réellement? Pourquoi? parce que des faits, auxquels on n'aurait pas pris garde sans cette anticipation de la théorie, sont dès lors observés, et viennent en consolider les points les plus faibles, en éclairer les côtés les plus obscurs. Certes, on ne peut pas dire que les faits nous manquent; il n'y a peut-être pas dans toute la pathologie un genre de maladie sur lequel on ait tant écrit et rassemblé un aussi grand nombre d'observations que sur les fièvres intermittentes. Que reste-t-il donc à faire, si ce n'est de tirer parti de ces faits, de les rapprocher les uns des autres, de les comparer entre eux pour en tirer des conséquences utiles, pour en déduire des principes théoriques satisfaisants, et surtout des règles plus sûres dans l'application des moyens thérapeutiques.

Aujourd'hui plus que jamais les progrès de la physiologie et de l'anatomie pathologique nous font sentir le besoin d'une bonne théorie ou d'une

théorie déduite de l'analyse rigoureuse des faits. On ne veut plus agir en aveugle, ni d'une manière absolument empirique et sans se rendre compte de rien. On veut savoir à la fois comment il faut agir et pourquoi l'on doit agir plutôt de telle manière que de telle autre. On veut savoir où est la maladie, ce qu'elle est; comment agit le remède, et sur quels organes il porte plus spécialement son action pour amener la guérison. Or, tout cela ne peut être que le résultat d'une bonne théorie; mais, pour qu'une théorie mérite ce titre, il faut qu'elle puisse embrasser et réunir le plus grand nombre des faits sous un même point de vue; il faut qu'elle serve à nous rendre compte de ces faits d'une manière satisfaisante; il faut non seulement que toutes les observations anciennes et modernes puissent s'y rattacher, mais il faut encore qu'aucune d'elles, tant soit peu importante, lui soit directement opposée, parce qu'à celle-là peuvent s'en adjoindre d'autres semblables; et une telle contradiction tendrait à prouver le peu de fondement de ses bases fondamentales. Sans doute en médecine, comme dans les autres sciences, et plus que dans toute autre science, il n'y a rien de vrai sans exception ; sans doute la variété et la dissemblance des faits peuvent quelquefois en imposer; mais, si l'on examine de bien près et sous toutes leurs formes les faits exceptionnels, si l'on tient compte des circonstances, surtout celles relatives aux idiosyncrasies individuelles, on finira par reconnaître qu'ils se rattachent tous à un petit nombre de lois organiques dont l'uniformité et la constance ne peuvent être révoquées en doute. Hé bien, examinés attentivement sous ces divers rapports, tous les principaux faits anciens et modernes, en un mot tous les tableaux qui existent de la fièvre intermittente en général, indiquent constamment une irritation ou une lésion locale, le plus souvent une congestion sanguine sur quelques uns des principaux viscères et en particulier de la muqueuse digestive.

Il n'y a donc rien d'exclusif dans la théorie physiologique des fièvres intermittentes, puisqu'elle doit embrasser tous les faits et n'être que leur expression. Nous rapportons nous-même plusieurs observations qui indiquent la prédominance des symptômes inflammatoires du cerveau, des poumons, de la matrice, etc., sur ceux de la muqueuse digestive, et d'autres dans lesquels on reconnaîtra la prédominance des irritations nerveuses, cérébrales ou cérébro-spinales. Nous ne saurions établir dans quelles proportions, sur un nombre donné de fièvres d'accès, a lieu cette prédominance de symptômes différents de ceux qui indiquent la lésion du canal digestif; tout ce que nous pouvons dire d'après l'observation du plus grand nombre des praticiens anciens et modernes, c'est qu'elle est fort petite, comparativement aux faits nombreux et presque

constants dans lesquels l'irritation gastrique ou gastro-entérique joue le principal rôle.

Au reste, ne voulant pas être cru sur parole à l'égard de cette dernière et si importante conclusion, nous avons donné nos preuves, tirées 1° de l'analogie reconnue entre les fièvres intermittentes ordinaires et les maladies périodiques, les fièvres larvées et pernicieuses dont nous avons fait connaître le siége et la nature le plus souvent inflammatoire; 2° de l'examen et du mode d'action des causes, 3° de l'analyse des symptômes auxquels on reconnait ces fièvres; 4° de certains modes de terminaison ou de déplacement des fièvres d'accès par des phlegmasies externes ou internes; 5° de l'accord du plus grand nombre des auteurs touchant le siége de ces fièvres qu'ils placent directement ou indirectement dans le canal digestif; 6° de la grande majorité des faits d'anatomie pathologique qui prouvent la lésion inflammatoire ou subinflammatoire des organes digestifs et de leurs annexes; 7° enfin de certaines bases du traitement généralement reconnues et admises et dont on ne pourrait s'écarter sans danger pour les malades. C'est d'après une telle masse de preuves tirées de sept sources différentes, que nous serons conduit à reconnaître que la fièvre intermittente ordinaire, simple ou bénigne, dépend quelquefois d'une irritation nerveuse ou inflammatoire du cerveau et de ses dépendances, quelquefois d'une lésion de poumon, du cœur, de la matrice, etc., et le plus ordinairement d'une irritation inflammatoire des organes digestifs.

On pourra se convaincre qu'en accordant à la théorie tous les développements convenables, nous n'avons pas négligé les préceptes relatifs à la pratique et à la détermination exacte, détaillée et rigoureuse, des moyens thérapeutiques à l'aide desquels on doit combattre toutes les maladies périodiques fébriles ou non fébriles, externes ou internes, quels que soient leur type, leur siége et leur nature.

Nous avons fait tous nos efforts pour répondre le plus dignement possible à cette bienveillance qui a daigné accueillir et encourager nos premiers essais ; puissions-nous n'être pas resté trop en arrière ou bien au-dessous de la tâche laborieuse et difficile que nous nous étions imposée pour y parvenir !

MONOGRAPHIE

DES

IRRITATIONS INTERMITTENTES.

PREMIÈRE PARTIE.

DES IRRITATIONS INTERMITTENTES EN GÉNÉRAL.

I.

Ce qu'on appelle *intermittence* en pathologie n'est point un phénomène morbide, ce n'est point le *génie* ou l'*élément essentiel*(1) de certaines fièvres et de certaines affections morbides; ce n'est qu'une circonstance particulière dans la marche, dans le mode de développement et de terminaison d'une maladie quelconque; ce qui la caractérise intermittente, c'est d'avoir une existence courte, rapide, ordinairement aiguë; c'est de disparaître en tout ou en partie pendant un certain temps, de revenir à des époques déterminées, pour disparaître et revenir encore, jusqu'à ce qu'elle se termine par la mort, par le retour à la santé, ou qu'elle se transforme en affection continue.

II.

Il n'y a point de maladies nécessairement intermittentes ou périodiques, c'est-à-dire, qu'il n'entre pas dans la nature d'une maladie quelconque de présenter constamment cette particularité dans sa marche qui constitue la périodicité. La même affection, qui chez l'un est intermittente, chez l'autre sera continue; telle irritation qui commence par être continue peut devenir intermittente, *et vice versâ*. Toutes les maladies en général

(1) « Les médecins de Montpellier, dit Lordat, appellent *génie intermittent* la cause qui amène, à des intervalles fixes et périodiques, certains symptômes, tels que la fièvre, des spasmes, des flux, des douleurs, etc, et qui, loin d'être une circonstance accessoire de ces maladies, en est l'*élément essentiel.* »

peuvent revêtir et se dépouiller tour à tour du caractère dont il s'agit, sans qu'on puisse dire qu'elles ont changé de nature, sans qu'on puisse prévoir quand doivent commencer et quand doivent finir ces vicissitudes dans leur marche, qui tiennent à une infinité de circonstances relatives à l'action des causes, à la constitution atmosphérique, aux dispositions individuelles, etc.

III.

Le type intermittent existe dans la nature aussi bien que le type continu. « C'est la même loi, dit M. Jourdan, qui règle le rhythme des temps, l'harmonie des sphères et le type des maladies (1). » L'intermittence ou la périodicité n'est donc point quelque chose de mystérieux et d'extraordinaire dont la pathologie seule offre des exemples : l'astronome, le physicien, le naturaliste, n'observent-ils pas comme le médecin des phénomènes dont la périodicité est bien constatée (2) ? La médecine vétérinaire ne nous offre-t-elle pas des maladies internes et externes dont l'intermittence est aujourd'hui parfaitement reconnue (3) ? Mais, sans sortir de la science qui fait l'objet de notre étude, ce n'est pas seulement dans la marche des maladies que nous trouvons des intermittences bien marquées ; nos fonctions dans l'état de santé ne présentent-elles pas également cette particularité ? Plusieurs de nos actes les plus fréquents ne sont-ils pas soumis à cette loi d'intermittence ou de périodicité ? Oui : tout est régulier, périodique, dans la plupart de nos actions, de nos fonctions, de nos habitudes ; de là ces alternatives continuelles de repos et d'action, d'agitation et de calme, de sommeil et de veille, de coucher et de lever, etc. Nos sens ne sont-ils pas excités

(1) *Journal général de médecine*, t. v.

(2) Tels sont le cours si régulier des astres, le retour périodique des phases lunaires, de certains vents, des marées, etc.; tels sont le réveil et le sommeil des plantes, la pousse et la chute périodiques des feuilles, la germination, la floraison, la maturation, et presque tous les actes de la vie végétale. Dans la vie des animaux on observe également beaucoup de périodes régulières, telles que l'évolution et la chute du bois dans le cerf, la perte de certains organes chez les reptiles, le temps des amours, du frai, de la construction des nids, de la ponte, de l'incubation, et les métamorphoses si constantes et si régulières auxquelles sont soumis les insectes, métamorphoses dont la comparaison a sans doute fourni l'épithète *larvée* appliquée à certaines fièvres intermittentes, comme nous le verrons.

(3) *Dictionnaire de médecine vétérinaire*, par Hurtrel d'Arboval, t. I.

chaque matin par la clarté du jour, par l'impression des agents physiques qui nous environnent? Notre cerveau n'est-il pas mis en activité chaque jour par l'influence périodique des idées que lui suscitent les objets qui frappent nos sens ou dont s'occupe notre esprit?

IV.

L'homme le plus sain est obligé à une intermittence d'action, au moins pour tout ce qui a rapport à ses fonctions de relation; sans cette alternative de repos, elles perdraient bientôt leur activité, leur énergie. Exercez long-temps un sens quelconque, il se fatigue et devient impropre à recevoir de nouvelles impressions; un muscle qu'on a long-temps et fortement contracté ne se prête plus à de nouveaux efforts s'il ne reste quelque temps dans l'inaction. N'est ce pas la lassitude qui amène l'intermittence des fonctions intellectuelles qui constitue le sommeil? « Nous pouvons bien, dit Bichat, soustraire pendant un certain temps les organes de la vie animale à la loi d'intermittence, en multipliant autour d'eux les causes d'excitation; mais enfin ils la subissent, et rien ne peut à une certaine époque en suspendre l'influence. Épuisés par une veille prolongée, le soldat dort à côté du canon, l'esclave sous les verges qui le frappent, le criminel au milieu des tourments de la question (1). »

V.

Les fonctions nutritives nous présentent également des exemples remarquables d'intermittence physiologique: n'est-ce pas à certaines heures que se développent les sentiments de la faim et de la soif? n'est ce pas à des époques à peu près régulières que se fait sentir le besoin d'évacuer les matières fécales et les urines? L'habitude d'y satisfaire aux mêmes heures ne donne-t-elle pas à ces fonctions une sorte de régularité et d'intermittence qu'on ne saurait troubler sans éprouver parfois une légère indisposition? Il y a aussi d'autres fonctions de sécrétion, d'exhalation, de déplétion, dont la périodicité est bien connue, et dont on ne peut suspendre ni intervertir l'ordre sans qu'il en résulte certains malaises; telles sont la sécrétion surabondante du sperme, de la salive,

(1) *Recherches physiologiques sur la vie et la mort.*

de l'humeur nasale, chez les personnes très adonnées aux plaisirs de l'amour, habituées à fumer, à priser du tabac ; tels sont aussi l'exhalation et la perspiration cutanées, puis certains émonctoires accoutumés ; telles sont surtout les hémorroïdes chez l'homme, les menstrues chez la femme. Aussi verrons-nous que ces écoulements périodiques, lorsqu'ils sont portés jusqu'à l'état morbide, conservent ordinairement le même type mensuel qu'ils offrent dans l'état de santé. La sécrétion du lait dans le sein des nourrices ne se reproduit-elle pas dans un temps donné et à peu près aux mêmes heures ? Ne pourrions-nous pas ajouter encore le développement régulier et successif de nos tissus et de nos organes, depuis l'embryon jusqu'à l'adulte, les époques fixes et déterminées de la naissance, de la première et seconde dentition, de la puberté, de l'âge critique, etc. ?

VI.

A l'intermittence de nos habitudes, de nos fonctions, de nos actions, il faut joindre celle des changements atmosphériques qui annoncent le retour périodique de chaque saison, et dont nous ressentons toujours plus ou moins vivement l'influence. Il en est de même, quoique d'une manière moins sensible, des phénomènes météorologiques qui chaque jour agissent sur nous à certaines heures, comme la chaleur et la sécheresse du jour, le froid et l'humidité de la nuit, l'action alternative et parfois périodique de certains états atmosphériques ; le développement habituel des vapeurs aqueuses surtout au moment que le soleil commence à s'élever sur l'horizon, la formation de la rosée vers le soir, le retour régulier de certains vents, l'influence périodique des différentes phases de la lune, etc.

VII.

Le phénomène de l'intermittence ou de la périodicité existe donc autour de nous comme dans nous-même ; il se montre également dans l'état physiologique et dans l'état pathologique (1). Le type intermittent se conçoit aussi bien que le type continu ; car, puisqu'il y a des fonctions périodiques et des phénomènes physiologiques intermittents, pourquoi n'y aurait-il pas aussi des phénomènes pathologiques intermittents ? Et si l'on ne peut

(1) Voir notre *Thèse sur les irritations intermittentes*. Paris, 1820.

avoir la raison directe des premiers, pourquoi voudrait-on trouver celle des seconds? L'existence de ceux-ci n'est-elle pas la conséquence nécessaire de ceux-là? Le mode d'existence et de développement d'une affection intermittente n'est donc pas plus inexplicable que celui d'une affection continue; mais l'un et l'autre deviennent un problème insoluble du moment qu'on veut remonter à leur cause première. Pourquoi une cause qui n'agit qu'un instant produit-elle une maladie continue? Pourquoi la même cause peut-elle produire, chez un autre individu, une affection périodique? Pourquoi une cause dont le mode d'action est intermittent, ne développe-t-elle pas toujours un effet intermittent? Sans chercher à approfondir ces questions, peut-être à jamais insolubles, résumons les faits tels que l'observation et l'expérience les ont généralement constatés : or, l'on sait qu'il y a dans l'organisme des fonctions intermittentes ; on sait qu'il existe dans l'économie animale une tendance à répéter les mêmes actes, à éprouver de nouveau des affections physiques ou morales précédemment ressenties; n'en voilà-t-il pas assez pour concevoir le retour périodique d'une maladie quelconque? Ajoutons encore l'action de certaines causes qui s'exerce sur nous à des époques à peu près régulières, et nous aurons, pour concevoir le retour d'une irritation intermittente, au moins autant de données qu'on peut en avoir pour se rendre compte d'une affection continue.

VIII.

L'*irritation intermittente* est une augmentation morbide d'action organique, qui se manifeste plus ou moins régulièrement à certaines époques dans une partie quelconque du corps, sous l'influence de certains modificateurs hygiéniques. Le propre de cette irritation est de disparaître en tout ou en partie pendant un certain temps, de revenir, pour disparaître encore de la même manière, et ainsi de suite un nombre de fois indéterminé (1).

IX.

Le mot irritation n'est point *vide de sens*; ce n'est point un *être imaginaire*, non plus une *abstraction*, comme le veulent

(1) Quelques écrivains dont nous ne contestons point le talent, ont jugé fort sévèrement notre définition de l'irritation intermittente; M. Rochoux.

MM. Récamier et Miquel; ce n'est pas un *être fantasque et pervers*, comme le disent MM. Baumes et Dugès; c'est au contraire l'expression d'un fait positif, matériel, incontestable; c'est un terme générique qui indique la manière d'être de chacun de nos tissus, toutes les fois que son action organique est portée au-delà de ce que comporte l'exercice libre et régulier de ses fonctions. Le mot irritation, comparé à celui d'inflammation, présente un sens beaucoup plus étendu, puisque le premier embrasse le second, puisqu'il n'y a jamais inflammation sans irritation, tandis qu'il y a souvent irritation sans inflammation, comme dans une simple congestion sanguine, dans une engelure, par exemple, qui disparaît du soir au matin, ou dans un érythème qui se termine en douze ou vingt-quatre heures, puis dans la plupart des hémorrhagies et des affections lymphatico-sécrétoires, presque toujours enfin dans les maladies nerveuses.

X.

Toute irritation intermittente constitue une maladie *véritable*, qui porte avec elle toutes ses conditions d'existence; bien que cette existence soit ordinairement passagère et comme brusquée, bien que sa terminaison soit plus ou moins prompte et complète. C'est une maladie dans laquelle le retour à l'état normal a lieu dans un intervalle de temps plus ou moins court, comme dans toutes les affections aiguës, en général; donc, l'irritation périodique n'est elle-même qu'une maladie aiguë dans laquelle l'économie paraît avoir une tendance vers le retour à l'état normal d'autant plus prononcée qu'elle prépare cet état et le ramène plus ou moins activement par des crises presque toujours sensibles aux yeux de l'observateur qui cherche à les favoriser quand il le peut.

XI.

L'irritation intermittente indique un surcroît de vitalité, une surexcitation locale qui exclut l'idée de la faiblesse. Il n'y a jamais irritation par simple faiblesse; celle même qui n'est an-

entre autres, nous reproche le *vague infini* de cette définition. (*Revue médicale*, 1823) Mais on ne réfléchit point aux difficultés que présentent en général les définitions; et la preuve, c'est que M. Rochoux lui-même s'oublie en remarques plus ou moins judicieuses, sans essayer d'en formuler une qui puisse mieux convenir que celle adoptée par nous.

noncée que par la douleur n'est point due à l'asthénie. Un organe simplement affaibli n'est pas douloureux. La faiblesse ou le défaut de stimulus physiologique ne peut être la cause prochaine de la douleur. Qu'est-ce en effet que la douleur, si ce n'est un symptôme de réaction contre un agent stimulant quelconque? Or, sans stimulus, il ne peut y avoir ni réaction, ni douleur, ni irritation quelconque. Il ne s'ensuit pas de là qu'il n'y ait point d'affections intermittentes produites par la faiblesse : car, tout comme l'action organique de nos tissus est sujette à une augmentation morbide, de même elle est susceptible d'une diminution qui ralentit ou qui s'oppose plus ou moins à l'exercice régulier de leurs fonctions. Sans doute cette dernière condition pathologique doit être fort rare parce qu'il y a peu de causes purement débilitantes. Cependant il est facile de concevoir que nos tissus puissent devenir moins impressionnables à leurs stimulants naturels, qu'ils puissent être pénétrés par une moindre quantité de fluides ou par des fluides moins animalisés que dans l'état normal; il en résulte la *sous-excitation*, l'*abirritation* ou l'*asthénie*, qui peut, aussi bien que l'irritation elle-même, présenter le type intermittent.

XII.

Par les expressions mêmes dont nous nous servons (irritation, abirritation), nous écartons de la classe des maladies intermittentes toutes ces prétendues *affections vitales*, *sui generis*, les *fièvres essentielles*, les *maladies générales* et surtout *humorales*. En effet, puisque c'est le défaut d'équilibre de l'excitation physiologique qui occasionne toute maladie périodique, puisque ce sont des surexcitations et des sous-excitations locales qui constituent les irritations et abirritations intermittentes, il est évident que tous les tissus, tous les organes ne peuvent être irrités en même temps ou manquer à la fois de stimulants physiologiques; il faut nécessairement que l'économie générale ait en plus ou en moins ce qui est soustrait ou accumulé dans un seul ou dans un petit nombre d'organes. Or, le plus et le moins de stimulation qu'éprouve la généralité des tissus ne suffit point pour constituer un état morbide proprement dit; mais il n'en est pas de même du plus et du moins de stimulation qui se trouve concentré sur un, sur deux ou trois organes; c'est de là vérita-

blement que résulte ce surcroît ou ce défaut morbide d'action organique qui constitue une affection intermittente quelconque, le plus souvent sthénique, rarement asthénique.

XIII.

S'il y avait des maladies *humorales*, il est probable qu'elles pourraient présenter aussi le type intermittent; mais nous ne concevons pas l'existence de ces maladies, considérées comme essentielles, existant par elles-mêmes et indépendantes de l'affection des solides : parce que les humeurs ne sont point irritables; parce qu'elles ne peuvent ni sentir ni se mouvoir, ni rien produire par elles-mêmes et sans le secours des solides. En effet, prenons toutes les maladies admises par les nosographes et reconnues par tous les praticiens; remontons à la source des symptômes locaux et généraux ou sympathiques qui les constituent : n'y a-t-il pas toujours quelque irritation ou abirritation locale? n'y a-t-il pas toujours exaltation ou perversion de certaines fonctions du système nerveux, trouble dans l'action ou les mouvements du système sanguin ou des vaisseaux blancs, défaut d'équilibre dans la distribution des fluides qu'ils contiennent, défaut ou perversion dans la circulation, la nutrition, la sécrétion, l'exhalation, l'absorption, etc.? Or, toutes ces propriétés organiques, toutes ces fonctions ne résident-elles pas exclusivement dans les solides? Si les fluides se présentent quelquefois dans un état abnormal; si, dans quelques cas rares, l'altération du sang ou des humeurs paraît exister, cette altération, vraie ou supposée, n'est-elle pas plutôt la cause de la maladie qu'on observe, que la maladie elle-même? Celle-ci ne se fait-elle pas remarquer dans un seul ou dans certains organes qui reçoivent plus spécialement l'influence de ce sang vicié, comme cela a lieu dans les cas d'empoisonnement, ou par l'ingestion d'aliments et de boissons de mauvaise nature? Il n'y a donc pas alors une maladie *générale, putride* ou *humorale*, puisque la grande majorité des organes ne souffrent pas et exercent librement leurs fonctions avec le sang prétendu *gâté* qu'ils reçoivent! D'ailleurs, n'est-il pas bien reconnu qu'il y a souvent lésion des solides sans aucune altération des fluides, tandis qu'il n'existe jamais d'altération des fluides sans lésion des solides? Dès lors qu'est-il besoin d'avoir recours à l'humorisme pour se rendre compte d'une maladie quelconque, et

d'où vient aujourd'hui cette tendance renouvelée des anciens, à lui faire jouer un si grand rôle (1)?

XIV.

Il n'y a rien de fixe pour l'intervalle de temps qui sépare les irritations intermittentes en général : il peut varier depuis une ou plusieurs heures, jusqu'à deux, trois, quatre, cinq, six jours, des semaines, des mois, une année et plus ; mais en général il est rare qu'il dépasse le terme d'un ou de deux jours. On donne le nom d'*intermittence* et de *rémittence* à cet intervalle de temps, suivant qu'il est marqué par la disparition complète des symptômes morbides ou seulement par leur diminution très sensible. On l'appelle *apyrexie*, quand l'irritation périodique est accompagnée de fièvre ou de phénomènes sympathiques qui cessent entièrement et reviennent avec elle ; dans ce dernier cas, le temps qui sépare les accès est rarement moindre de douze, vingt-quatre, ou quarante-huit heures.

XV.

On donne le nom d'*accès* au temps pendant lequel sévit une irritation qui se manifeste quelque temps après qu'une autre, ordinairement semblable, a eu lieu. Nous ne pensons pas comme les auteurs qui attachent à ce mot l'idée d'une véritable dépendance, qui veulent que l'accès qui suit découle *nécessairement* de celui qui a précédé et tienne à une cause inhérente dans l'économie ; de manière que tous ensemble ces accès constituent une maladie appelée, suivant les cas, *fièvre larvée, fièvre intermittente, maladie périodique*, etc. On appelle *paroxysme* le redoublement périodique d'une irritation continue, fébrile ou non fébrile.

XVI.

Tout accès morbide est le retour d'une irritation qui ressemble plus ou moins à une autre qui a précédé; elle présente en général les mêmes symptômes, vu qu'elle attaque ordinairement le même organe et le modifie de la même manière. Mais cette irritation, par la raison qu'elle revient quelque temps après une

(1) Voir les développements sur l'humorisme, t. II.

autre, est-elle absolument *dépendante* de celle qui a précédé? lui est-elle attachée par un *lien nécessaire*? Ne peut-elle pas cesser de revenir par l'éloignement seul de sa cause déterminante, par un simple changement d'air, par une affection morale vive, etc. (1)?

XVII.

Quand une irritation revient le même jour, à la même heure, cette particularité dans sa marche ne prouve pas qu'elle soit liée à une affection antérieure ou postérieure, puisque les auteurs qui admettent ce lien sont obligés pour l'établir d'avoir recours à la supposition d'une *cause inhérente dans l'économie*, d'un *levain fébrile*, d'un *principe morbifique*. Or, n'est-il pas préférable, pour éviter toute supposition, de considérer les accès morbides comme indépendants les uns des autres, ou plutôt de ne voir entre eux aucune autre dépendance que celle qui résulte naturellement de l'habitude, de l'influence périodique de certaines causes, de l'intermittence des fonctions organiques? Dans une phlegmasie intermittente externe, dont les phénomènes se passent sous nos yeux, que voyons-nous dans l'intervalle d'un accès à l'autre, qui les lie entre eux? Rien, absolument rien. L'organe auparavant enflammé, ne présente plus, durant l'intermission, ni douleur, ni tuméfaction, ni rougeur. Les muscles et les articulations, dans les cas de rhumatisme et de goutte (2) périodiques, reprennent leurs fonctions accoutumées durant l'intervalle des accès arthritiques. Après un jour, deux jours d'intermission, le rhumatisme, par exemple, revient au même lieu, attaque les mêmes tissus, présente les mêmes symptômes inflammatoires; il disparaît pour revenir encore de la même manière. Voilà sûrement une phlegmasie avec le type tierce ou quarte, pourtant il n'y a rien qui enchaîne ses accès; ils nous paraissent d'autant plus indépendants les uns des autres qu'ils sont loin de

(1) Voir, pour la solution de ces questions, nos *Généralités sur les fièvres intermittentes*, t. II.

(2) Nous nous servons encore des mots *goutte* et *rhumatisme*, quoique nous en reconnaissions toute la nullité pour exprimer le genre d'affection qu'ils représentent. Nous faisons des vœux pour que le langage médical soit bientôt épuré d'un commun accord; alors ces mots, comme tant d'autres qui ne valent pas mieux, seront bannis de la science, et remplacés par des noms qui expriment autant que possible le siége et la nature des maladies.

se ressembler toujours par le siége de l'irritation et par le degré d'intensité des symptômes qui la caractérisent : il n'est pas rare qu'un accès soit fébrile et l'autre non ; que celui-ci ait son siége dans tel point du corps, celui-là dans tel autre, par le déplacement et la mobilité de l'affection rhumatismale. Or, cette circonstance ne semble-t-elle pas éloigner la supposition d'une cause *inhérente* ou d'une modification particulière, persistant dans l'intervalle des accès périodiques ? Ce que nous disons du rhumatisme intermittent s'applique également à l'érysipèle, à l'ophthalmie, au coryza et à toute autre affection présentant le même type.

XVIII.

Il est probable que chaque accès a sa cause, parce qu'il ne peut y avoir d'effet sans cause. Il est vrai qu'elle nous échappe bien souvent, cette cause, mais on ne doute point que le premier accès ait eu une cause quelconque ; et pourtant combien de fois n'est-elle pas ignorée ou méconnue ! Du reste, nul doute que l'action des causes soit d'autant moins nécessaire pour la production d'un nouvel accès, que l'irritation en compte déjà un plus grand nombre ; parce qu'il s'établit bientôt dans l'économie une sorte d'habitude ou de disposition en vertu de laquelle la même affection peut se répéter ; tout comme une idée qui nous a vivement frappés se présente de nouveau à notre esprit, sans que la sensation qui l'a fait naître la première fois se répète sur nos organes (1).

XIX.

Tout accès d'irritation intermittente est une véritable affection continue qui a ses différentes périodes de début, d'accroissement et de terminaison, comme toutes les maladies aiguës en général, avec la différence que sa marche est plus rapide, sa durée plus courte que celles des affections continues ordinaires.

XX.

Une maladie intermittente quelconque n'est jamais composée d'un nombre d'accès fixe et déterminé ; ce n'est point l'union de trois, de quatre, de huit ou de dix accès par exemple, qui la constitue intermittente ou périodique, parce qu'il n'y a rien de plus

(1) M. Pariset, article Cause du *Dict. des sciences médicales*.

variable que ce nombre d'accès. Cette variation ne se fait pas seulement remarquer d'une espèce d'irritation à l'autre; mais encore la même affection qui se termine aujourd'hui après trois accès, peut dans quelques jours ou dans quelques semaines attaquer le même individu, et ne se terminer qu'après douze, quinze, vingt accès. Il suffit souvent de la plus petite infraction dans le régime, de la moindre commotion physique ou morale, pour la rappeler, comme aussi quelquefois pour l'empêcher de revenir. Le nombre d'accès ou de répétitions d'une maladie périodique quelconque varie donc selon une infinité de circonstances, et l'on peut établir avec certitude qu'il n'y a rien de fixe à cet égard.

XXI.

Nous employons indifféremment les mots *périodique* et *intermittent*, quoique plusieurs auteurs aient établi une différence bien tranchée entre une maladie périodique et une fièvre ou affection intermittente quelconque. Senac (1), Fizes (2), Voulonne (3), Moreau de la Sarthe (4), par exemple, veulent que, dans cette dernière affection, *quelque chose de morbide reste caché* dans l'intervalle de ses accès, et alors même que rien n'en indique l'existence ! Dans la maladie périodique, au contraire, ils conviennent qu'il s'établit entre les accès morbides un état de santé qui constitue une véritable intermission. Casimir Médicus soutient que toutes les fois qu'il y a fièvre avec des retours réguliers, il s'agit d'une affection intermittente, tandis qu'on n'a affaire qu'à des maladies périodiques quand la fièvre manque ; et c'est uniquement de celles-ci dont il s'occupe dans son *Traité des maladies périodiques*. Frank n'admet point ces distinctions ; pour lui, c'est le quinquina qui seul est le vrai juge entre les affections dont il s'agit. Tout comme l'efficacité du mercure est, selon lui, l'indice certain d'une affection vénérienne, de même toute maladie à périodes qu'on peut attaquer et guérir par le quinquina doit être placée au rang des intermittentes; celles, au contraire, qui résistent à ce médicament doivent en être exclues (5). Reil ne trouve, entre les maladies périodiques et les affections inter-

(1) *De reconditâ feb. intermitt. naturâ.*
(2) *Traité des fièvres.*
(3) *Mémoires sur les fièvres intermittentes.*
(4) *Article* PÉRIODIQUE de l'*Encyclopédie méthodique.*
(5) *Traité de médecine pratique*, t. I.

mittentes, aucune autre différence que celle qui résulte de leur siége ; il pense qu'on devrait appeler intermittentes les affections de ce type qui résident dans les viscères, et périodiques celles qui se développent dans les membres et à l'extérieur du corps. Aucune de ces opinions ou de ces distinctions ne nous paraissant fondées, et n'ayant trouvé aucune différence essentielle, ni dans les épithètes dont il s'agit, ni dans le sens qu'il convient d'y attacher, nous les avons regardées comme synonymes, et employées indistinctement pour désigner toute maladie qui disparaît en grande partie et qui revient à des époques à peu près fixes et déterminées.

XXII.

L'irritation intermittente, comme l'irritation continue, peut revêtir presque toutes les formes de maladie. Elle peut avoir son siége, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur ; elle peut attaquer tous les divers tissus, tous les différents organes et viscères qui entrent dans la composition du corps humain ; elle peut se manifester avec ou sans fièvre, c'est-à-dire être bornée aux symptômes locaux qui lui sont propres, ou bien susciter des phénomènes généraux, fébriles ou sympathiques, plus ou moins remarquables.

XXIII.

Toute irritation aiguë et périodique, quelle que soit sa nature, quel que soit son siége à l'extérieur ou à l'intérieur, peut non seulement provoquer un mouvement fébrile proportionné à la lésion locale, mais elle peut encore, suivant la disposition des individus, exercer sur la muqueuse digestive et sur le système cérébro-spinal une influence sympathique telle qu'il en résulte un accès de fièvre intermittente ordinaire, comme le prouvent des exemples d'ophthalmie, d'érysipèle, de catarrhe pulmonaire, de rhumatisme, d'odontalgie, d'urétrite, etc., dont chaque récidive provoque un véritable accès fébrile quotidien, tierce ou quarte.

XXIV.

Une affection intermittente, alors même qu'elle provoque les phénomènes sympathiques et fébriles les plus généraux et les plus remarquables, ne constitue jamais une *maladie générale* ;

Cette circonstance indique seulement une organisation très irritable chez le malade, ou un très haut degré d'intensité dans la lésion locale, ou bien l'importance très grande de l'organe qui en est le siége et qui exerce au loin des influences sympathiques sur les principaux viscères. Dans tous les cas, ce sont des points limités ou des tissus particuliers qui sont primitivement affectés, qui possèdent en plus l'excitation et les fluides qui se trouvent en moins dans la plupart des autres organes.

XXV.

L'irritation périodique peut attaquer à la fois plusieurs organes différents; mais elle tend toujours à se fixer sur celui ou ceux dont la vitalité est la plus grande, sur ceux qui jouent un plus puissant rôle dans l'économie, et dont les relations sympathiques sont les plus actives et les plus étendues.

XXVI.

L'irritation intermittente ne constitue point une lésion simple, identique, et qui ne diffère que par son plus ou moins d'intensité. Outre qu'elle est susceptible de s'élever ou de s'abaisser à différents degrés, elle présente encore des caractères plus ou moins tranchés relativement à son siége et à sa nature. Si l'irritation paraît presque toujours simple au premier abord, elle ne reste point matériellement dans cet état de simplicité qui en impose théoriquement. Le plus souvent, au contraire, elle constitue un état morbide complexe, résultant de la combinaison de deux, de trois ou d'un plus grand nombre de phénomènes morbides, combinaison dont chacune lui donne un caractère à part, suivant le choix qu'elle fait de tels ou tels tissus, et de la surexcitation organique plus ou moins forte qu'elle provoque dans chacun d'eux.

XXVII.

Dans les affections intermittentes, comme dans les continues, c'est dans le système capillaire rouge, c'est dans les vaisseaux blancs, c'est dans les extrémités ou les expansions nerveuses en qui se passent les phénomènes les plus importants de la vie, les opérations les plus admirables de l'économie animale; c'est dans les organes où dominent ces tissus primitifs que s'opèrent les modifications et altérations organiques les plus remarquables; enfin,

c'est en eux et par eux que surviennent tous les symptômes locaux et généraux, sympathiques ou fébriles, qui constituent les maladies dont il s'agit.

XXVIII.

Il y a autant d'espèces d'irritations périodiques qu'on distingue de tissus primitifs ou de systèmes organiques susceptibles d'être affectés isolément. Or, tout comme on voit des irritations continues dans les systèmes sanguin, lymphatique et nerveux, ou dans les différents organes dont ces systèmes générateurs font partie; de même on observe des irritations intermittentes dans ces mêmes tissus, dans ces mêmes organes. D'où il suit que les irritations intermittentes se trouvent naturellement divisées en quatre espèces principales et bien distinctes, qui sont: 1° celles qui se développent particulièrement dans le système capillaire sanguin, et dont les symptômes, absolument semblables à ceux d'une congestion sanguine ou d'une inflammation ordinaire, les ont fait appeler *inflammatoires;* 2° les irritations intermittentes qui, ayant leur siége dans le même système, sont caractérisées par une effusion sanguine plus ou moins remarquable, de là le nom *hémorrhagiques* qu'elles ont reçu; 3° celles qui se déclarent dans le système lymphatique, exhalant, sécréteur, absorbant, et qui, pour cette raison, ont été nommées *subinflammatoires* ou *lymphatico-sécrétoires;* 4° les irritations intermittentes *nerveuses*, qui portent le nom du système qu'elles attaquent plus spécialement.

XXIX.

Dans ces quatre espèces d'irritations intermittentes se trouve compris tout ce qui offre de l'intermittence ou de la périodicité en pathologie; il n'est aucune maladie périodique qu'on ne puisse rapporter à l'une ou l'autre de ces espèces ou de leurs combinaisons diverses. De ces combinaisons résultent certaines nuances d'affections mixtes ou qui tiennent à la fois de l'inflammation et de la subinflammation, telles que l'éléphantiasis, certaines dartres, le cancer, la phthisie pulmonaire, le carreau, etc. Si ces dernières affections ne présentent jamais un type intermittent bien marqué, du moins elles peuvent offrir dans les symptômes qui les caractérisent, des rémissions et des exacerbations régulières assez prononcées pour qu'on soit en droit, dans quelques

cas rares il est vrai, de les placer au rang des maladies périodiques. Il en est de même de la plupart des inflammations chroniques et profondes des tissus parenchymateux.

XXX.

Des médecins physiologistes, tels que Marandel, MM. Roche et Jourdan, ont adopté une irritation *sécrétoire* par laquelle une quantité de fluides plus considérable que dans l'état normal est sécrétée ou exhalée dans une partie quelconque du corps, et de plus une irritation *nutritive*, par laquelle un tissu s'accroît et se nourrit trop sans devenir douloureux, sans donner lieu à aucune émission sanguine, sans se présenter plus rouge, ni plus chaud que dans son état normal. Tout cela est vrai, c'est-à-dire qu'on ne peut pas confondre ces deux états morbides avec les irritations nerveuse, hémorrhagique et inflammatoire; mais dans l'irritation nutritive (les loupes, les verrues, par exemple), le tissu affecté n'éprouve-t-il pas une altération notable dans sa forme, dans sa consistance, dans son poids, dans sa sensibilité organique, en un mot ne présente-t-il pas la plupart des phénomènes qui appartiennent à la subinflammation(1) ou à l'irritation du système lymphatico-exhalant? Quant à l'irritation sécrétoire, qu'est-ce qui la constitue si ce n'est un surcroît morbide d'action organique dans les vaisseaux blancs, sécréteurs et exhalants? N'est-ce pas le plus souvent quand l'exhalation l'emporte beaucoup sur l'absorption que se déclare l'espèce d'irritation dont il s'agit? Or, s'il est vrai que dans l'état de santé tout ce qui est du domaine des sécrétions et de la nutrition appartienne au système lymphatique, sécréteur, exhalant et absor-

(1) Nous conviendrons volontiers qu'il faudrait chercher un terme générique plus heureux ou plus convenable que celui de *subinflammation*, pour embrasser à la fois toutes les nuances d'irritation du système lymphatico-exhalant, sécréteur et absorbant. Nous regrettons que M. Roche ne se soit pas occupé à chercher l'expression qui nous manque; cela l'eût conduit sans doute à rattacher à la subinflammation les deux ordres d'irritation *sécrétoire* et *nutritive*, qu'il a cru devoir traiter à part dans son excellente *Pathologie médico-chirurgicale;* car, dans l'un comme dans l'autre mode d'irritation, il n'est toujours et évidemment question que d'un surcroît d'activité, ou d'une action troublée et abnormale du système lymphatique, des vaisseaux blancs, sécréteurs, nourriciers, exhalants et absorbants. Nul doute que, dans cette circonstance, la vivacité de son imagination ne l'ait emporté sur la droiture et la sagacité de son jugement. Il lui suffira d'un peu réfléchir pour reconnaître qu'il est peu méthodique de placer les névroses entre les subin-

bant, pourquoi n'en serait-il pas de même dans l'état de maladie? Celui-ci, comme on le sait, n'est le plus souvent qu'une exagération de celui-là. Il nous paraît donc que les irritations *nutritive* et *sécrétoire* dont on veut faire des ordres de maladies à part, rentrent naturellement dans la classe des affections subinflammatoires ou lymphatico-sécrétoires.

XXXI.

Parmi les trois systèmes organiques, ou tissus générateurs dont nous avons parlé, il en est un que l'irritation intermittente attaque de préférence : c'est le système capillaire sanguin ; et ce sont certains organes où ce système prédomine, telles que les membranes muqueuses, la peau, etc., qui présentent le plus souvent les affections dont il s'agit. Aussi les irritations intermittentes sanguines ou inflammatoires sont-elles les plus fréquentes de toutes les maladies périodiques. Après elles viennent pour la fréquence les affections nerveuses, puis les intermittentes hémorrhagiques, et enfin les irritations rémittentes et intermittentes subinflammatoires. Il n'est pas rare pourtant que ces dernières se montrent aussi souvent que les intermittentes hémorrhagiques et nerveuses.

XXXII.

Entre les quatre espèces d'irritations intermittentes que nous avons distinguées, celles qui ont le plus d'analogie et les plus fréquents rapports entre elles, sont les affections hémorrhagiques et inflammatoires ; aussi arrive-t-il assez souvent qu'elles alternent entre elles et se remplacent réciproquement, tandis que

flammations et les irritations sécrétoires, au lieu de réunir ces deux nuances d'irritation, de leur adjoindre, ou mieux de confondre avec elles l'irritation nutritive, qui, réduite à elle-même, présente des caractères si peu tranchés, que toutes les maladies dont on veut la gratifier se perdent, comme nous le verrons, dans les nuances des irritations inflammatoires et subinflammatoires. Quelle différence y a-t-il, par exemple, entre l'*hypertrophie* et la *subinflammation* du tissu cellulaire? Puisque l'anatomie et la physiologie ne nous offrent que deux ordres de vaisseaux rouges et blancs, sanguins et lymphatiques; puisque la doctrine physiologique fait aux premiers une si large part, que l'irritation sanguine ou inflammatoire (abstraction faite de l'irritation nerveuse) embrasse à elle seule les trois quarts au moins des maladies, est-il bien nécessaire, pour cette faible minorité qui reste et que nous connaissons si peu, d'établir *trois ordres d'irritations à part et distinctes les unes des autres*?

cela ne s'observe presque jamais entre les autres espèces d'irritations intermittentes. C'est une loi uniforme et assez constante pour toutes les maladies périodiques en général, que ce sont celles de même espèce ou de même nature qui ont coutume de se remplacer ainsi par une espèce de mouvement critique. On voit partout dans l'histoire de ces maladies des phlegmasies remplacer des phlegmasies, des inflammations cutanées, par exemple, remplacer des inflammations gastro-entériques, *et vice versâ ;* l'on voit des irritations nerveuses succéder à des irritations nerveuses, des affections subinflammatoires alterner avec des affections de même nature, et des hémorrhagies en se manifestant dans un point faire cesser celles qui ont lieu dans un autre.

XXXIII.

Quel que soit l'organe ou le viscère affecté d'irritation intermittente, celle-ci n'attaque pas à la fois la masse ou la totalité des tissus qui entrent dans sa composition ; c'est-à-dire qu'il n'y a jamais un tel équilibre entre la surexcitation morbide des nerfs, des capillaires rouges, des vaisseaux blancs, qu'aucune des trois ne prédomine de manière à constituer tantôt une irritation nerveuse, tantôt une congestion sanguine ou inflammatoire, tantôt une irritation subinflammatoire ou lymphatico-sécrétoire. Ce ne sont pas là différents degrés d'irritation, ce sont évidemment des irritations de diverses natures, des irritations prédominant dans tel ou tel tissu primitif, où chacune d'elles est ensuite susceptible de s'élever, de s'abaisser à différents degrés. On ne peut pas dire, par exemple, que l'irritation intermittente nerveuse soit le premier degré de l'irritation considérée d'une manière générale. Non, la névralgie n'est pas mieux le premier degré de l'irritation inflammatoire qu'elle n'est le premier degré de l'irritation subinflammatoire, ou le premier degré de l'irritation hémorrhagique ; car il est bien certain que dans plusieurs circonstances l'irritation nerveuse est beaucoup plus vive, plus intense, plus dangereuse que l'irritation inflammatoire elle-même. Qui ne connaît les accidents convulsifs, cérébraux et tétaniques, qui peuvent être la suite d'une odontalgie, d'une otalgie, d'une simple piqûre, etc. Il y a également des irritations sécrétoires ou exhalantes assez graves pour compromettre rapidement les jours des malades; telles sont celles qui constituent

l'hydrocéphale, l'hydropéricarde. Enfin, il y a des irritations hémorrhagiques plus dangereuses que la plupart des phlegmasies, puisqu'elles joignent aux symptômes locaux d'une congestion sanguine le caractère grave d'une effusion capable d'amener rapidement des convulsions, des syncopes et la mort.

XXXIV.

Nous ne considèrerons donc point l'irritation en général, continue ou intermittente, comme un état morbide *unique* et *identique* dans sa nature ; ce serait une pure abstraction ou un être tout-à-fait imaginaire, semblable au tempérament tempéré de quelques physiologistes. En effet, tout comme il n'y a pas d'individu dans lequel on observe un équilibre si parfait des fluides et des solides organiques qu'il ne puisse être rattaché à l'un des tempéraments sanguin, nerveux, lymphatique, bilieux ou gastro-hépatique, de même nous sommes fondés à croire, d'après l'observation, d'après la grande majorité des faits, qu'il ne se présente pas d'irritation où il y ait un tel équilibre entre la surexcitation des nerfs, des capillaires sanguins et des vaisseaux blancs, qu'on ne puisse indiquer comme particulièrement affectés les uns ou les autres de ces tissus primitifs. D'ailleurs, dans la supposition dont il s'agit, ne serait-on pas forcé de rendre ce tout, *unique* et *homogène*, divisible par tiers ou par quart pour concevoir les nuances inférieures, à partir du plus haut degré de l'irritation ? nuances qui sont tellement dans la nature qu'on ne peut se refuser de les reconnaître. Non, ce n'est qu'abstractivement et d'une manière générale qu'on peut considérer l'irritation morbide intermittente comme une échelle dont l'irritation nerveuse occupe le sommet et l'irritation sécrétoire le bas. Dès qu'on en fait l'application aux individualités morbides l'abstraction ou la supposition s'évanouit, parce que les faits sont là qui prouvent que chaque espèce d'irritation intermittente peut avoir son échelle d'augmentation et de diminution ; qu'elle peut présenter successivement différents degrés qui lui sont propres. Ces faits prouvent qu'une irritation nerveuse, si elle reste soumise à l'action de certaines causes, s'adjoindra des phénomènes sanguins. Ces faits prouvent que l'irritation inflammatoire, combattue par un traitement antiphlogistique très actif et trop prolongé, pourra être suivie d'une irritation nerveuse ou se transformer en névrose. Dans des circonstances opposées à

celles que nous venons d'indiquer, l'irritation inflammatoire peut devenir hémorrhagique; l'irritation hémorrhagique peut se transformer aussi en une véritable inflammation ; celle-ci peut à son tour passer plus ou moins promptement à l'état subinflammatoire, *et vice versâ.*

XXXV.

Quand, sous l'influence d'une cause quelconque, survient une irritation intermittente, la nature réagit par tous les moyens qui sont en son pouvoir; elle empêche souvent le point irrité d'appeler des fluides en assez grande quantité et pendant assez longtemps, pour qu'à la douleur se joignent la chaleur, le gonflement, la rougeur, en un mot, tous les symptômes d'une inflammation phlegmoneuse. Il peut arriver au contraire qu'il en résulte seulement une légère nuance d'inflammation, une simple congestion sanguine avec rougeur, dans laquelle le gonflement est nul, la douleur et la chaleur à peine sensibles ; c'est ce qui constitue proprement l'*irritation rouge*. Il n'est pas rare encore que la lésion locale ne soit portée qu'au point de rendre les organes affectés plus impressionnables à l'action de leurs stimulants hygiéniques. Le plus souvent, il y a en même temps congestion de fluides avec ou sans gonflement bien sensible, avec ou sans chaleur ; mais, dans tous les cas, quelques fonctions organiques sont troublées, parce qu'en général ces fonctions ne peuvent plus s'exercer avec régularité du moment que l'organisation des tissus qui en sont chargés s'éloigne plus ou moins de l'état normal.

XXXVI.

Dans toute irritation intermittente, le système nerveux, porteur du sentiment et lien commun des organes, joue un certain rôle. Il est quelquefois seul affecté, ou l'est d'une manière beaucoup plus marquée que les autres tissus ; ou bien, en recevant la première impression stimulante, le système nerveux ne fait que s'aider au développement de l'irritation, qui glisse en quelque sorte sur lui, pour constituer promptement une affection hémorrhagique, inflammatoire ou lymphatique. Quoi qu'il en soit, presque toujours il avertit le cerveau, soit de l'impression funeste qu'il a reçue, soit de l'afflux des liquides qui s'établit vers un point quelconque, et qui tend à produire graduellement ou

rapidement depuis les plus simples phénomènes d'une congestion sanguine ou d'une supersécrétion lymphatique passagère, jusqu'à l'inflammation la plus profonde et à la subinflammation la plus étendue. Dans tous les cas, la lésion locale peut disparaître, en tout ou en grande partie, dans l'intervalle d'un accès à l'autre. Mais la promptitude ou la lenteur de cette disparition, sont toujours en raison directe du peu de développement ou de l'intensité des symptômes locaux inflammatoires et subinflammatoires ; elles varient encore selon la disposition des individus et la texture des tissus affectés.

XXXVII.

La durée d'un accès périodique ou de l'irritation locale qui le constitue, varie selon le plus ou le moins d'activité et de force que met l'économie à réagir contre l'agent stimulant; elle varie surtout selon la nature et l'intensité de la lésion locale. On conçoit la mobilité, la prompte et facile disparition d'une simple irritation nerveuse; dans ce cas, l'accès peut ne durer qu'un instant (depuis quelques minutes jusqu'à un quart ou une demi-heure, par exemple); alors il n'y a que peu ou point de sympathies morbides ; le cerveau est presque seul averti de la lésion d'une partie limitée du système nerveux; il n'y a que peu ou point de fluides appelés localement, et tout se termine par la cessation de la douleur. Beaucoup d'accès hémorrhagiques, abstraction faite de l'écoulement du sang, ne présentent également que très peu de symptômes locaux; il n'y a guère qu'un sentiment de chaleur et de titillation qui précède ou accompagne l'hémorrhagie; mais il n'en est point ainsi dans la plupart des irritations intermittentes, inflammatoires et subinflammatoires : leur durée est en raison de l'afflux local, plus ou moins considérable, du sang ou de la lymphe; en raison de l'accumulation et de la combinaison de ces fluides avec rougeur, tuméfaction, chaleur et douleur dans l'accès inflammatoire; avec gonflement, décoloration, engourdissement local, ou simplement supersécrétion de fluides blancs dans l'accès subinflammatoire ou lymphatico-sécrétoire. Il faut, dans ces deux dernières espèces d'irritations périodiques, tantôt huit, dix, douze, vingt-quatre heures; tantôt plusieurs jours pour que les lésions organiques qui les caractérisent, puissent arriver à une solution complète. Cette durée plus ou moins longue de l'accès subinflammatoire

ou inflammatoire n'ôte rien au caractère intermittent de ces maladies ; il suffit, pour l'établir, que chaque lésion locale disparaisse, en tout ou en grande partie pendant un certain temps, et qu'elle revienne ou se renouvelle à des époques régulières.

XXXVIII.

Les quatre espèces d'irritations intermittentes, *inflammatoire*, *hémorrhagique*, *subinflammatoire* et *nerveuse*, peuvent se manifester à l'extérieur et à l'intérieur chez les individus de tous les âges, de tous les sexes, de toutes les constitutions. On les observe dans tous les lieux, dans toutes les saisons ; mais certains lieux, certaines saisons sont plus favorables à leur développement. Il y en a qui sont endémiques, comme la plupart des irritations subinflammatoires, et des congestions sanguines périodiques des organes digestifs. Ces dernières sont aussi quelquefois épidémiques. Pour les unes comme pour les autres de ces irritations, il n'y a pas de faits bien positifs qui prouvent qu'elles puissent être contagieuses.

XXXIX.

Les affections périodiques, soit internes, soit externes, surviennent de préférence et se rencontrent bien plus souvent dans les organes dont les fonctions présentent des interruptions régulières ou une intermittence plus ou moins sensible dans l'état de santé ; aussi les organes digestifs, qui entrent en action chaque jour à peu près aux mêmes heures, dont les fonctions sont soumises à une alternative bien marquée de repos et d'action, présentent-ils beaucoup plus souvent que tous les autres viscères un type périodique dans leurs maladies. Les irritations intermittentes attaquent assez souvent par la même raison les annexes du canal digestif. Il en est de même de la plupart des organes chargés des fonctions de relations ; et tout comme, dans l'ordre physiologique, ces organes ont besoin d'un certain relâchement d'action ou d'un véritable repos pour réparer leurs forces avant d'entrer de nouveau et avec succès en activité ; de même, dans leurs maladies, ils présentent des rémissions et des intermissions plus ou moins sensibles ; tels sont, en particulier, le cerveau et ses membranes, puis les organes des sens, surtout les yeux, le nez, les oreilles, la peau ; enfin les muscles, le système fibro-séreux des articulations, etc.

XL.

Les irritations intermittentes des viscères sont en général beaucoup plus fréquentes que celles qui se développent à l'extérieur du corps. Toutefois, les intermittentes nerveuses et hémorrhagiques ne sont guère plus nombreuses à l'intérieur qu'à l'extérieur; mais les congestions sanguines, les irritations inflammatoires périodiques des viscères, particulièrement des organes digestifs, sont incomparablement plus fréquentes que les phlegmasies intermittentes externes; elles sont peut-être, à elles seules, plus nombreuses que toutes les autres affections intermittentes réunies. Elles constituent, comme nous le verrons, un grand nombre de fièvres intermittentes dites pernicieuses, et la grande majorité des fièvres intermittentes et rémittentes ordinaires.

XLI.

Toute irritation intermittente, quelle que soit sa nature, nerveuse, inflammatoire, hémorrhagique et subinflammatoire, quel que soit son siége dans les viscères et même à l'extérieur du corps, peut exercer une influence sympathique assez marquée, sur l'estomac, le cœur, le cerveau, etc, pour qu'il en résulte des phénomènes généraux, tels que le frisson, la céphalalgie, des courbatures, un sentiment de faiblesse et de lassitude, le dégoût, les envies de vomir; puis la soif, la chaleur et les sueurs. Ces phénomènes consécutifs sont d'autant plus sensibles que l'irritation locale se développe plus brusquement et avec un plus vif degré d'intensité. Il est encore d'observation à cet égard, que les irritations hémorrhagiques et nerveuses provoquent très rarement les symptômes généraux et fébriles dont nous venons de parler; tandis que les irritations périodiques subinflammatoires les développent assez souvent, et les intermittentes inflammatoires presque toujours, surtout les congestions sanguines et périodiques de la muqueuse digestive. Dans ce dernier cas, le frisson fébrile est presque toujours assez marqué; il dure ou se prolonge jusqu'à ce que l'irritation soit arrivée à son plus haut degré; alors le frisson fait place à la chaleur; puis à celle-ci succèdent la moiteur et les sueurs.

XLII.

La moiteur, les sueurs et autres mouvements fluxionnaires

critiques, comme certaines éruptions ou efflorescences cutanées, la sécrétion abondante d'urines briquetées, etc. , annoncent presque toujours que l'irritation a disparu en tout ou en grande partie. En effet, cette disparition est d'autant plus complète et plus assurée, que les phénomènes de réaction critique ou de dérivation supplémentaire ont été plus considérables; et ces phénomènes critiques sont en général d'autant plus marqués que les malades sont plus jeunes, d'une constitution plus forte, et que l'organe principalement affecté joue un plus grand rôle dans l'économie ; parce que la nature semble réagir en proportion des forces dont elle peut disposer , puis en raison de la gravité du mal et de la nécessité qu'il y a pour elle de conserver l'organe malade.

XLIII.

Une irritation, quels que soient son siége et sa nature, quand elle débute par le frisson, la céphalalgie , les bâillements, les pandiculations, le dégoût, les envies de vomir, quelques douleurs dans les régions épigastrique, lombaire, dorsale, articulaires des membres, etc., a presque toujours une grande tendance à se répéter et à présenter le type intermittent; elle a également une grande disposition à se fixer sur la muqueuse digestive, quand ce n'est pas cette membrane qui est affectée primitivement. Dans tous les cas , le développement et l'intensité des phénomènes sympathiques ou fébriles sont presque toujours subordonnés à l'intensité de la lésion locale, à la constitution et à l'irritabilité des malades , et surtout à l'importance plus ou moins grande de l'organe ou des organes primitivement et principalement affectés : ainsi, relativement à la constitution individuelle et à l'intensité de la lésion locale, une irritation intermittente quelconque, quand elle attaque une personne jeune très irritable, et quand elle est portée à un très haut degré, peut développer les phénomènes généraux et fébriles les plus remarquables; elle peut causer sympathiquement toute espèce de désordres dans l'économie , comme le prouvent les phénomènes tétaniques et convulsifs qui sont la suite d'une simple piqûre ou d'un léger refroidissement. Quant au rôle que jouent les organes malades , il est bien évident qu'une irritation périodique, siégeant dans le poumon, sur l'estomac, dans le cerveau, etc., développera, toutes choses égales d'ailleurs , des phénomènes gé-

néraux ou des influences sympathiques bien plus marquées et bien plus graves, qu'une affection semblable, développée sur la conjonctive, dans un muscle, une articulation, etc.

XLIV.

Dans une maladie intermittente quelconque, les symptômes locaux et parfois les phénomènes généraux ou fébriles qui constituent chaque accès, peuvent se prolonger assez long-temps, ou se développer de nouveau et successivement à des époques assez rapprochées, pour que l'intermittence de l'irritation soit à peine sensible, pour que ses accès anticipent en quelque sorte les uns sur les autres; on l'appelle alors *subintrante*. Quand ces phénomènes ne disparaissent jamais entièrement, et quand l'irritation ne diffère d'une affection continue ordinaire que par des rémissions et des redoublements périodiques, alors elle prend le nom de *rémittente*. Ce dernier type, comme nous le verrons, forme une espèce de transition du type intermittent au type continu; il sert d'intermédiaire entre l'un et l'autre de ces types; il semble fait pour unir ou rapprocher entre elles toutes les affections périodiques et continues, et pour prouver que le type, dans les maladies en général, n'est qu'une chose tout-à fait accessoire et qui ne change en rien leur nature.

XLV.

Toute irritation périodique, quelle que soit sa nature nerveuse, inflammatoire, hémorrhagique et subinflammatoire, peut se présenter sous tous les types d'intermittence possibles, depuis le type quotidien, tierce, double tierce, quarte, quintane, sextane, hebdomadaire, octane, nonane, décimane, duodécimane, quindécimane, jusqu'au type mensuel, sextimensuel et annuel. Elle peut encore offrir des types dont l'intermittence est plus courte que dans le type quotidien, et se répéter régulièrement deux ou trois fois par jour par exemple; on peut indiquer ces types par les mots biquotidien, triquotidien, multiquotidien, etc.

XLVI.

Les irritations intermittentes ne présentent pas, aussi souvent les unes que les autres, chacun des différents types d'intermittence dont nous venons de parler. Il y a quelques uns de ces types qui paraissent mieux convenir à la nature de telle ou telle

espèce d'irritation en particulier : ainsi les phlegmasies intermittentes choisissent de préférence les types rémittent et intermittent quotidien, tierce ou quarte. Les irritations nerveuses semblent préférer les types dont les accès sont le plus rapprochés, comme les quotidien, double tierce, biquotidien et multiquotidien. Les affections subinflammatoires, au contraire, adoptent de préférence les types septenaire, octane, quindécimane, et surtout mensuel. Les irritations hémorrhagiques semblent offrir les deux extrêmes de longue et de courte durée dans leurs intermissions : en effet, tantôt elles présentent les types familiers aux affections nerveuses, tantôt ceux qu'adoptent le plus souvent les subinflammations ; et, parmi ces derniers types, celui qu'elles choisissent de préférence, c'est le type mensuel qui déjà leur appartient dans l'ordre physiologique.

XLVII.

Toutes les maladies périodiques peuvent passer d'un type d'intermittence à un autre ; elles peuvent en présenter successivement plusieurs différents avant de revenir à leur type primitif. Ainsi, de quotidiennes on les voit devenir double-tierces, tierces, quartes, quintanes, puis reprendre le type quotidien ; elles peuvent aussi devenir rémittentes, puis passer à la continuité ; de celle-ci, elles remontent quelquefois au type rémittent et intermittent, en présentant toujours les mêmes symptômes caractéristiques. Elles peuvent encore, quel que soit leur type, alterner entre elles, se succéder réciproquement, surtout quand elles sont de même nature ; il n'est pas rare cependant que l'irritation sécrétoire succède à l'irritation sanguine, ou qu'une irritation d'abord très prédominante dans le système capillaire rouge ne le devienne à son tour dans le système nerveux, et plus souvent dans le système sécréteur, folliculeux ou lymphatico-glandulaire. Cette transition, qu'on exprime quelquefois en disant que l'irritation passe à l'état chronique, peut devenir avantageuse à la guérison des malades; mais, pour que cet heureux résultat ait lieu, il faut que des voies naturelles soient ouvertes aux produits de l'irritation sécrétoire, et que l'abondance de cette sécrétion ou exhalation soit telle, qu'en dégorgeant les tissus affectés, elle dissipe rapidement la congestion locale primitive ; c'est ce qui arrive quand une irritation intermittente fébrile fait crise, comme on dit, par une diarrhée, par des sueurs

très abondantes ou par une sécrétion considérable d'urines briquetées.

XLVIII.

Les irritations intermittentes peuvent se compliquer entre elles ou avec des affections continues ; elles peuvent exister plusieurs en même temps chez le même individu, non seulement quand elles sont de même nature, mais encore lorsqu'elles présentent un nature différente. Elles peuvent se développer ensemble ou successivement dans plusieurs tissus divers. Elles peuvent passer du côté droit au côté gauche, *et vice versâ*, en se comportant de l'un et de l'autre côté absolument de la même manière. Elles peuvent aussi se compliquer entre elles, se combiner en quelque sorte dans les mêmes organes, à cause de la structure complexe, de la réunion, de l'entrelacement des tissus différents qui entrent dans la composition de ces organes : ainsi il n'est pas rare qu'aux affections intermittentes nerveuse et lymphatique s'ajoute une irritation inflammatoire, ou que la surexcitation, d'abord limitée à des filets nerveux ou portée spécialement sur des vaisseaux blancs, ne soit transmise au système capillaire sanguin, de manière à provoquer des symptômes inflammatoires plus ou moins sensibles.

XLIX.

Les causes des maladies périodiques sont, en général, à peu près les mêmes que celles des affections continues ; pour les unes comme pour les autres, il ne nous est guère permis de découvrir que les causes prédisposantes et occasionnelles. Quant à la cause première ou prochaine, nous ne la connaissons point. Une cause, sans être continue, produit un effet continu ; tout comme une cause, sans être intermittente, peut produire un effet intermittent. Il n'est pas exact de dire qu'une irritation intermittente soit *toujours* l'effet d'une cause intermittente (1). Les faits prouvent, au contraire, qu'une irritation ayant lieu, nous ignorons le plus souvent pourquoi elle prend plutôt le type

(1) Cette proposition trop générale de M. Roche ne nous empêche point d'apprécier les réflexions très judicieuses qu'il émet sur le développement des fièvres intermittentes occasionnées par les effluves marécageux ; il est certainement le premier qui ait envisagé cette question sous son véritable aspect, comme nous le verrons dans l'histoire des fièvres intermittentes, t. II.

intermittent que le type continu; pourquoi elle revient plutôt tous les jours que tous les deux jours ; plutôt tous les trois jours que tous les cinq jours ; plutôt tous les huit, douze, quinze jours que tous les mois, tous les six mois, tous les ans. Tout ce qu'on sait de particulier et de positif sur les causes prédisposantes et occasionnelles des maladies périodiques, c'est que l'intermittence des fonctions ou les alternatives régulières de repos et d'action d'un grand nombre d'organes, les disposent à offrir le type intermittent dans leurs maladies ; c'est que certaines variations périodiques de température provoquent très souvent des affections fébriles intermittentes ; c'est qu'il y a des irritations qui semblent devoir leur périodicité à leur nature elle-même ou à la manière dont se passent les phénomènes organiques qui les constituent ; telles sont les irritations hémorrhagiques et certaines irritations sécrétoires. Nous verrons que, par le fait même de l'écoulement du sang ou d'une matière séro-albumineuse, les irritations dont il s'agit s'épuisent ou s'éteignent elles-mêmes, jusqu'à ce qu'un nouvel afflux vienne, à des intervalles plus ou moins rapprochés, rappeler les phénomènes locaux de surexcitation et d'écoulement rouge ou blanc, qui caractérisent des accès hémorrhagiques ou subinflammatoires. Il y a ensuite beaucoup de causes occasionnelles qui sont communes aux affections continues et aux affections intermittentes. Mais, dans tout cela, il faut bien l'avouer, il n'y a rien qui explique d'une manière tout-à-fait satisfaisante l'intermittence des maladies, parce que la périodicité des fonctions organiques et le mode d'action intermittent de certaines causes, sont communs à beaucoup d'individus qui ne contractent jamais que des maladies continues ; parce qu'il a des organes dont les fonctions ne présentent point d'intermissions, et qui pourtant sont susceptibles de s'affecter périodiquement, comme les poumons et le cœur, par exemple. Il faut donc admettre, chez les individus qui présentent souvent des maladies intermittentes ou périodiques, une disposition particulière, une aptitude à ce genre de maladies, disposition ou aptitude qui rentrent dans ces secrets d'organisation qui ne sont que trop fréquents pour notre faible intelligence.

L.

Quoique les irritations intermittentes qui résident dans les vis-

cères aient une prédilection bien marquée pour les organes encéphaliques et digestifs, nous ne pensons point avec Hoffmann, Ludwig, P. Frank, et plusieurs écrivains modernes, qu'il faille constamment en placer le siége dans le système nerveux et en particulier dans la moelle épinière! Nous ne partageons pas davantage l'opinion exclusive de Casimir Médicus, de Stoll, de M. Bailly, qui consiste à placer dans les premières voies la cause primitive de toutes les maladies périodiques! Mais ce qu'on peut admettre comme un fait certain et indubitable, c'est que la muqueuse digestive souffre presque toujours sympathiquement dans toutes les affections intermittentes, quel que soit l'organe primitivement et principalement irrité. Nul doute aussi que le siége primitif et principal de ces maladies ne réside très souvent dans les organes digestifs, et que de leur lésion ne partent des influences sympathiques vers les principaux viscères, et vers un point quelconque de l'organisme, suivant l'action des causes, la disposition générale des individus, et suivant la disposition spéciale de telle partie ou de tel tissu à s'affecter périodiquement ou à prendre part à l'irritation gastro-entérique.

LI.

Toute irritation intermittente est caractérisée d'abord par le fait même de sa marche rapide et de son retour périodique, ensuite par des symptômes locaux plus ou moins remarquables et qui varient suivant l'espèce d'irritation dont il s'agit. Ainsi il y a afflux du sang, tantôt avec chaleur, tuméfaction, rougeur et douleur dans l'intermittente inflammatoire; tantôt il n'y a qu'un ou deux de ces symptômes ou diverses combinaisons morbides locales qui, sans représenter l'ancien prototype des inflammations, n'en constituent pas moins diverses nuances d'irritation sanguine ou inflammatoire. C'est une nuance de ces irritations, plus la circonstance de l'épanchement du sang, qui caractérise l'irritation hémorrhagique. Ce qui distingue particulièrement les irritations périodiques subinflammatoires ou lymphatico-sécrétoires, c'est tantôt le gonflement avec un sentiment de gêne et de pesanteur, sans chaleur, ni rougeur; tantôt une sécrétion morbide ou un surcroît d'exhalation de matières diverses, séreuses, muqueuses, ou séro-albumineuses, qui, versées à la surface des membranes dont il s'agit, s'écoulent au dehors sous forme liquide, ou qui, se condensant plus ou moins vite à la surface de la peau,

des membranes muqueuse et séreuse, y produisent des croûtes, des pellicules ordinairement blanchâtres, mais dont la couleur, la consistance, la forme et l'odeur, sont susceptibles de beaucoup varier, surtout quand on les observe à l'extérieur du corps. La douleur est souvent le seul phénomène remarquable et caractéristique des irritations intermittentes nerveuses; mais il n'est pas rare que les vaisseaux sanguins et lymphatiques, partout entrelacés avec les nerfs, ne prennent part à la souffrance de ceux-ci, et qu'il n'en résulte un appel de fluides rouges ou blancs, et quelques symptômes concomitants d'irritation inflammatoire ou subinflammatoire.

LII.

L'existence des névralgies intermittentes, comme celles des névralgies continues, si bien décrites par le professeur Chaussier (1), est établie sur des faits trop nombreux et trop évidents pour qu'on puisse la révoquer en doute. Comment se fait-il donc que M. Boisseau puisse regarder comme *futile* et *non fondée* (2) notre division des irritations intermittentes? « Névrose, inflammation, subinflammation, hémorrhagie, ne sont, dit-il, *que des mots* qui représentent non des maladies, mais des groupes de symptômes, effets de l'irritation. » Sans doute l'irritation, à moins d'en faire un être imaginaire, ne peut être représentée à nos yeux que par des phénomènes qui indiquent le trouble des fonctions, et pour ainsi dire le cri de souffrance des organes malades; et c'est l'ensemble de ces phénomènes que nous cherchons à exprimer par des mots qui indiquent autant que possible le siége et la nature des lésions organiques. Des faits matériels ne doivent-ils pas toujours être représentés par des signes qui tombent sous les sens et auxquels on puisse les reconnaître? D'ailleurs *quel groupe de symptômes* y a-t-il quand la douleur seule se fait sentir? n'est-ce pas, au contraire, dans la plus simple nuance de l'irritation intermittente que consiste la névralgie qui se répète périodiquement un certain nombre de fois? Dans ce cas, il est vrai, la modification organique locale échappe souvent à notre investigation, et nous ne savons rien ou presque rien sur ce qui se passe là où la douleur se fait sentir. Mais est-ce une raison pour effacer la névralgie d'un bon cadre nosologique? Ce que

(1) *Table synoptique sur les névralgies.*
(1) *Journal universel des sciences médicales*, t. XXIV.

nous disons de l'irritation nerveuse s'applique également aux irritations hémorrhagique et subinflammatoire; jamais une hémorrhagie ne sera confondue avec une inflammation ; jamais on ne parviendra à prouver qu'un œdème , une supersécrétion séreuse, ou mucoso-albumineuse, comme la bronchorrhée, certaines diarrhées, les hydropisies , la leucorrhée, etc., quel que soit leur type continu ou intermittent, ne constituent pas des maladies particulières bien distinctes les unes des autres et qu'il est impossible de confondre avec l'inflammation. Enfin, il est reconnu que le système sanguin, que le système nerveux comme le système lymphatique, peuvent être primitivement et presque exclusivement affectés sous l'influence de causes particulières à chacun de ces systèmes, et chez les individus qui offrent une prédominance bien marquée de telle ou telle constitution organique. N'avons-nous pas ici la même certitude dans la division des maladies que le physiologiste dans la distinction des tempéraments sanguin, nerveux et lymphatique?

LIII.

Il y a des maladies intermittentes dans lesquelles l'irritation nerveuse, l'irritation subinflammatoire, se trouvent chacune en particulier tellement associées à l'irritation inflammatoire qu'elles paraissent fondues avec celle-ci. Nous sommes loin de contester les faits où la distinction entre elles est difficile à établir : il peut arriver que leurs symptômes réciproques soient entremêlés de façon qu'on ait peine à décider lesquelles des subinflammatoires, des névralgiques et des inflammatoires prédominent dans tel ou tel cas; mais cette difficulté n'existe-t elle pas pour le diagnostic d'un grand nombre d'autres maladies dont l'individualité n'est point contestée? toutes les affections ne s'enchaînent, ne se lient-elles pas les unes aux autres comme les différents tissus dans la composition de l'organisme? Dans les divers tableaux de maladies continues et intermittentes qui s'offrent à nos yeux, il n'est pas rare d'y voir les couleurs se fondre et nécessiter le prisme de l'observateur attentif; il n'est pas rare qu'il y ait des nuances de symptômes plus ou moins fugitives et variables. Les couleurs pathognomoniques sont rarement si bien tranchées qu'il n'y ait besoin d'un tact exercé pour prononcer sur le siége et la nature de la lésion locale. N'est-ce pas là en effet que gît toute la difficulté de l'art médical? Cette difficulté, assez rare quand les ma-

ladies sont arrivées à leur *maximum* ou à des degrés d'intensité plus ou moins élevés, s'offre au contraire bien souvent à leur début, et dans le cas où elles persistent à un faible degré, surtout si l'on n'a pas été témoin de ce qui a précédé. Alors en effet, les caractères propres d'une irritation inflammatoire, nerveuse, subinflammatoire, sont peu sensibles; ils s'effacent même à tel point qu'il est parfois fort difficile de les distinguer entre eux, à une époque où ces irritations diverses semblent toutes se rapprocher entre elles, et ne se faire remarquer que par un caractère commun, la surexcitation. Mais ce ne sont pas les maladies prises à leur *minimum*, c'est-à-dire à une époque où leurs caractères propres tendent à s'effacer, qui doivent nous servir de prototype pour les distinguer entre elles. Il faut bien prendre les faits tels que la nature nous les offre; et si, à trois ou quatre accès névralgiques bien tranchés qui ont eu lieu les jours précédents, s'ajoutent aujourd'hui ou demain, par exemple, une légère congestion sanguine, ou quelque engorgement lymphatique, sera-ce une raison suffisante pour que la névralgie cesse d'être une irritation nerveuse, pour qu'elle soit à l'instant caractérisée inflammatoire ou subinflammatoire, *et vice versâ* ?

LIV.

Cette difficulté dans le diagnostic de certaines irritations intermittentes est bien réelle, puisque les uns regardent comme inflammatoire telle affection que nous avons placée au rang des intermittentes nerveuses, tandis que d'autres regardent comme nerveuse telle autre maladie rangée par nous avec les intermittentes inflammatoires. Cette difficulté aurait disparu, du moins en apparence, si nous ne nous étions arrêtés qu'aux faits les plus tranchés des unes et des autres espèces d'irritations intermittentes; mais nous n'avons point voulu passer sous silence cette fusion de couleurs et de caractères, dont le vrai praticien est instruit et dont il aurait pu nous demander compte. Nous n'avons point voulu dissimuler les faits qui semblent peu favorables à la doctrine physiologique : ces faits d'ailleurs sont assez rares pour ne former que des exceptions. Il nous semble donc qu'on peut établir d'une manière générale que les symptômes caractéristiques des irritations intermittentes, hémorrhagiques, nerveuses, inflammatoires et lymphatiques, diffèrent peu ou point de ceux à l'aide desquels on distingue ces mêmes affections sous

le type continu. Le diagnostic n'est ni plus ni moins difficile dans les premières que dans les secondes ; dans les unes comme dans les autres, nos moyens d'investigation sont absolument les mêmes pour distinguer les organes affectés et reconnaître la nature de leur affection.

LV.

Le pronostic des irritations intermittentes n'est point en général fâcheux; il est moins grave, toutes choses égales d'ailleurs, que celui des irritations continues. Jamais l'organisation d'un tissu qui ne souffre que pendant quelques heures, et qui revient par intervalles à son état normal, n'est attaqué aussi profondément que quand il souffre long-temps et sans interruption ; cependant, chez les individus très irritables, on conçoit qu'une irritation superficielle, mais très vive, très aiguë, surtout dans un organe important, puisse causer des accidents graves et même la mort. Le pronostic des maladies périodiques, comme celui des continues, varie donc suivant les organes qu'elles affectent, suivant la nature et l'intensité de leurs lésions, suivant les phénomènes sympathiques nerveux, fébriles, gastriques, qui accompagnent cette lésion locale : ainsi, nul doute que les irritations intermittentes siégeant à l'extérieur ne soient en général bien moins graves que celles qui se développent dans les viscères. Parmi ces dernières, les affections périodiques qui attaquent le cerveau, les poumons, l'estomac, sont bien plus dangereuses que celles qui se fixent sur les autres organes ; relativement à leur nature, les irritations hémorrhagiques et subinflammatoires sont en général moins à craindre que les intermittentes nerveuses, et celles-ci beaucoup moins à redouter que les intermittentes inflammatoires. Toutefois, il peut arriver que des affections périodiques nerveuses et subinflammatoires soient aussi graves et même plus promptement mortelles que les inflammations elles-mêmes, comme dans le tétanos, dans les hyperdiacrisies arachnitique et pleurétique par exemple; enfin, le pronostic des maladies périodiques en général est d'autant plus favorable qu'elles présentent un intervalle plus long entre leurs accès. Il est au contraire d'autant plus funeste que cet intervalle est plus court, que leurs accès sont plus longs, que leur type devient rémittent, subintrant, et se rapproche davantage du type continu.

LVI.

Quant au traitement des irritations intermittentes, l'art les maîtrise en général avec plus de facilité et de promptitude que les affections continues. L'expérience a prouvé que le quinquina ou le sulfate de quinine, administré convenablement durant l'intervalle des accès, peut guérir la plupart des affections intermittentes, quels que soient leur siége, leur nature et leur type d'intermittence. L'efficacité de ce médicament contre une irritation intermittente quelconque, est d'autant plus marquée que son type est plus régulier, et présente une intermittence plus parfaite; elle est d'autant moindre ou plus incertaine que le type de cette irritation est plus variable et plus rapproché de la continuité. D'autres moyens thérapeutiques, adaptés à la nature de l'irritation, et qu'on emploie particulièrement durant les accès, comme les émissions sanguines locales et générales, les applications émollientes, réfrigérantes, narcotiques, le régime, les boissons délayantes, calmantes, relâchantes; les stimulations évacuantes et sécrétoires sur la muqueuse digestive, les révulsifs externes, etc.; tous ces différents moyens peuvent être nécessaires, suivant les cas, soit employés conjointement avec le quinquina, soit administrés avant l'usage de ce dernier remède pour en préparer ou mieux assurer l'efficacité. Ces moyens, qu'on peut appeler rationnels parce qu'ils sont dirigés contre l'irritation elle-même, suffisent assez souvent pour amener la guérison des malades; et, chose remarquable! la guérison, dans ce dernier cas, est en général plus complète et plus sûre, puisque les rechutes sont moins à craindre : c'est là un fait que l'expérience a constaté, surtout dans les lieux où les affections intermittentes sont endémiques. N'est-ce pas là un trait de lumière qui tend à faire voir qu'il ne faut jamais trop compter sur les remèdes empiriques, qu'il faut y avoir recours avec réserve, et qu'on finira peut-être par y renoncer quand on aura perfectionné les méthodes rationnelles de traitement?

Après ces considérations générales, qui s'appliquent indistinctement à toutes les maladies périodiques, nous allons traiter à part chacune des quatre espèces d'irritations intermittentes que nous avons admises, et présenter les faits qui prouvent leur existence, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur du corps. L'exposition de ces faits, les conclusions théoriques et pratiques qui en découlent naturellement, serviront d'appui et de déve-

loppement à toutes les propositions que nous venons d'établir.

Persuadé que pour être méthodique il faut, autant que possible, procéder du connu à l'inconnu, de ce qui est évident et palpable à ce qui l'est peu ou point, nous allons d'abord rapporter des observations qui nous montrent dans les membres et à la surface du corps des irritations intermittentes inflammatoires, hémorrhagiques, subinflammatoires et nerveuses. Après avoir étudié ces irritations dans des lieux où il est facile de s'assurer par la vue et le toucher de tous les symptômes qui les caractérisent, on pourra plus facilement concevoir ce qui se passe dans les cas, bien plus nombreux encore, où ces mêmes affections attaquent les viscères, et dans lesquels on n'a plus à leur égard des moyens aussi sûrs d'investigation.

C'est après avoir étudié à l'extérieur du corps les irritations intermittentes bornées à des symptômes locaux ; c'est après les avoir vues, tantôt exister seules ou réduites à ces derniers symptômes, tantôt développer des symptômes généraux ou fébriles proportionnés au surcroît d'activité et d'intensité de la lésion locale externe, qu'on pourra se faire une juste idée du phénomène de la fièvre joint à la circonstance de la périodicité. C'est après avoir vu ces irritations tantôt présenter ces deux particularités à la fois, tantôt les offrir isolément, tantôt exister sans elles, qu'on pourra se convaincre qu'il n'y a rien d'*essentiel* que l'irritation elle-même, et que l'irritation seule. Alors on ne fera plus de certaines affections intermittentes fébriles (fièvres intermittentes essentielles), des maladies *générales* ou des êtres particuliers, *suî generis*, des entités pathologiques placées vaguement dans l'économie, et tout-à-fait en dehors des organes. Depuis que la physiologie n'est plus le roman de la médecine, la médecine doit aussi épurer son langage et se débarrasser de son romantisme ou de ses êtres imaginaires. L'action des causes, quelles qu'elles soient, en définitive, ne porte jamais que sur des organes ; c'est donc en eux qu'il faut chercher l'essentialité morbide et le point de départ des phénomènes généraux plus ou moins nombreux, plus ou moins variés, qui représentaient autrefois des *affections vitales*, des *affections générales*, ou de simples *lésions* de *fonctions*, en un mot, des *fièvres essentielles*. Il faut désormais que le certain l'emporte sur l'incertain, le connu sur l'inconnu. Il est temps enfin que la médecine, qui par ses moyens thérapeutiques ne peut s'adresser qu'à des organes, devienne tout-à-fait organique et matérielle.

LIVRE PREMIER.

IRRITATIONS INTERMITTENTES EXTERNES.

MALADIES PÉRIODIQUES. — FIÈVRES LARVÉES. — PYREXIES LIMITÉES. — FIÈVRES TOPIQUES, LOCALES, ETC., DES AUTEURS.

C'est ici qu'on nous a fait un *devoir* de placer le nom de Casimir Médicus ! Nous ferons mieux encore, nous donnerons un résumé complet et impartial du *Traité des maladies périodiques sans fièvres*, afin que chacun soit à même de juger ce que nous devons au médecin allemand. On voit d'abord, par le titre même de son livre, que Médicus ne s'occupe point des fièvres intermittentes ; en effet, s'il en parle, ce n'est que comme objet de comparaison : « Les deux circonstances de l'accès périodique et de l'absence de la fièvre, dit-il, sont le caractère essentiel de toutes les maladies que j'ai rassemblées dans cet ouvrage. »

Le traité des maladies périodiques, de format in-12, contient 372 pages, dont 200 environ sont consacrées à des histoires particulières ou plutôt à de nombreuses citations de maladies périodiques, puisque les plus détaillées de ces histoires, celles par exemple du phlegmon périodique de Barbette, de Dupuy de Bellegarde, de la toux intermittente de Ridley, etc., que nous avons rapportées telles qu'elles se trouvent dans l'ouvrage dont il s'agit, ont été jugées incomplètes et de *nulle valeur* par quelques médecins.

Médicus divise toutes les maladies périodiques en cinq sections : « Dans la première, dit-il, j'ai rangé celles qui affectent le corps en général ; dans la seconde, celles qui entreprennent la tête ; dans la troisième, celles qui attaquent la poitrine ; dans la quatrième, celles qui exercent leur violence au bas-ventre ; dans la cinquième enfin, celles qui attaquent les bras et les pieds. »

La première section (maladies qui affectent le corps en général) comprend l'apoplexie, l'épilepsie, la léthargie, le tremblement, l'assoupissement, l'insomnie, la chorée, la folie, les défaillances, le froid, la chaleur, les sueurs, les éruptions, l'ictère, la lassitude, la paralysie et l'hydropisie.

Dans la deuxième section (maladies périodiques de la tête) se trouvent la céphalalgie, l'étourdissement, l'ophthalmie, la cécité, l'éternuement, l'épistaxis, le froid et la rougeur du nez, le coryza, l'odontalgie, la mutité, le rire, l'hémorrhagie alvéo-

laire, la salivation, l'otalgie, la surdité, l'amnésie, le bâillement, la distorsion des traits et la luxation de la mâchoire.

La troisième section (maladies qui attaquent la poitrine) se compose de l'inflammation et enflure périodique du cou, de l'asthme, de la toux, de l'hémoptysie, de la pleurodynie, du crachement de pus, des chaleurs précordiales et des palpitations du cœur.

La quatrième classe (affections périodiques du bas-ventre) comprend la cardialgie, le hoquet, l'hématémèse, la boulimie, l'inappétence, la soif, l'adipsée, le vomissement, la diarrhée, la colique, les hémorroïdes, la néphralgie, la rétention d'urine, le diabètes, l'hématurie, la gonorrhée, le prurit de la vulve, l'avortement, l'hémorrhagie ombilicale, la tuméfaction avec battements de la région hépatique.

La dernière section (maladies périodiques des mains et des pieds) se compose d'ulcères à quelques parties de la main, d'hémorrhagies par le bout des doigts et des orteils, de la douleur, de l'érysipèle des bras, de la perclusion, des crampes du pied et de la jambe.

Après cette énumération de faits qui comprend les deux tiers environ de son ouvrage, Médicus définit ainsi les maladies périodiques : « Une complication infinie de divers symptômes qui affectent désavantageusement le corps, mais qui s'accordent en ce qu'ils reparaissent sans fièvre, à des temps déterminés, persévèrent quelque temps, cessent, laissent des intervalles libres, pendant lesquels les malades ne sentent plus d'incommodités. » Puis il fait voir que les maladies périodiques ont une certaine affinité avec les fièvres d'accès. : 1° parce qu'elles peuvent se manifester avec les fièvres intermittentes, et que celles-ci en ont reçu le nom de fièvres de mauvais caractère ou pernicieuses; 2° parce que l'une et l'autre espèce de maladies peuvent se remplacer réciproquement; 3° parce que les maladies périodiques, comme les fièvres d'accès, laissent des intervalles libres aux individus qui en sont affectés; 4° parce que les unes et les autres rendent l'urine des malades très rouge et déposant un sédiment briqueté; 5° enfin, parce que la même méthode curative leur convient.

L'auteur expose à cet égard les sentiments de Morton, de Sydenham, de Van-Swiéten, de Sénac, de Dehaen, de Stork, etc.; il passe ensuite aux signes caractéristiques des maladies pério-

diques, qui consitent : 1° dans l'accès même ; 2° dans la récidive de l'accès ; 3° dans les maladies régnantes ; 4° dans l'urine avec sédiment.

« Les premières voies, dit Médicus, sont le siége des maladies périodiques ; la plupart ont leur cause dans le bas-ventre, surtout l'estomac et le canal intestinal ; c'est une proposition fondée sur l'expérience, et que je crois n'avoir pas besoin de prouver. » En effet, il n'ajoute rien de plus à cet égard, et passe à l'énumération des causes qui sont : 1° l'irritabilité des premières voies devenue trop grande parce que la compacité du mucus nécessaire pour la liaison des parties solides se trouve plus faible ; c'est du degré de consistance ou de compacité de ce mucus que dépend, selon lui, la plus ou moins grande irritabilité de l'estomac et des intestins. Donc, si cette irritabilité devient plus grande qu'elle n'est dans l'état normal, il en résulte une maladie périodique : « J'en appelle à l'expérience, dit-il ; car nombre de maladies périodiques ne se guérissent que par des médicaments fortifiants, et surtout le quinquina. » La seconde cause des maladies périodiques, c'est la bile ; la troisième, la pituite ; la quatrième, ce sont les indigestions ou les mauvaises digestions ; la cinquième, les vers.

L'auteur se fait ensuite les questions suivantes : « Comment ces causes peuvent-elles produire des maladies si différentes et si singulières? Pourquoi leur effet est-il tantôt une ophthalmie, une mutité et autres symptômes de nature périodique, telle que je suppose ici ces maladies? « Sans chercher à discuter et à résoudre ces questions, il avoue simplement qu'il ne peut y répondre, non plus qu'à celles-ci : « Pourquoi la cause morbifique peut-elle résider si long-temps dans le corps, et se faire si peu sentir qu'on ne peut en présumer l'existence? Pourquoi cette cause morbide va-t-elle porter son action sur toute autre partie que celle où elle réside? » Ces questions nous semblent prouver 1° que Médicus croit, comme les anciens, à l'existence d'une matière morbifique qui sommeille et se cache pendant l'intermittence des accès périodiques ; 2° qu'il place cette cause ou cette matière morbifique constamment dans les premières voies, et que dès lors il ne conçoit pas comment cette cause se fait sentir ailleurs que dans cette région, ni comment elle peut déterminer une ophthalmie ou toute autre affection externe. Il essaie cependant de répondre à cette dernière question, au moyen de la mutuelle correspon-

dance des viscères digestifs avec tous les autres organes, et au moyen du transport de la matière morbifique; c'est de cette correspondance et de ce transport que résulte, selon lui, toute espèce de douleur et de désordre qui peut survenir périodiquement dans un point quelconque du corps.

Enfin, l'auteur termine en posant les règles du traitement qu'il réduit à trois : 1° expulser de l'estomac et des intestins les impuretés nuisibles qui y résident; 2° diminuer la trop grande irritabilité de ces parties, en leur rendant leur force naturelle; 3° donner une libre issue au transport des matières nuisibles, quand il paraît y avoir métastase. Il indique, pour remplir le premier but, les vomitifs, les purgatifs et les vermifuges; pour atteindre le second, il prescrit les stomachiques, tels que l'écorce de citron ou d'orange, le poivre en grains, et surtout le quinquina; la troisième indication s'obtient au moyen des révulsifs.

Médicus dans sa préface dit : « Je ne connais pas de médecin qui m'ait précédé dans cette carrière. On pourrait regarder comme mes prédécesseurs en ce genre, Morton, Senac, Lautter, etc., qui ont fait quelques réflexions sur ces maladies, mais si on lit attentivement ce qu'ils ont dit de particulier, pour le comparer à mon travail, on verra qu'ils n'ont pas mis le pied dans cette carrière avant moi. » Or, si le médecin allemand n'a pas été devancé dans l'étude des maladies périodiques, son ouvrage doit, de tous points, nous servir de comparaison et représenter à cet égard l'état de la science jusqu'à l'époque de la doctrine physiologique; puisqu'il n'existe aucun autre ouvrage spécialement consacré aux affections périodiques; et puisque, jusqu'à l'époque actuelle, il n'y en a point eu qui ait embrassé d'une manière générale toutes les maladies intermittentes et rémittentes, avec fièvre ou sans fièvre. Mais serait-il possible que des écrivains français voulussent encore faire honneur à Médicus et à Reil de ce qui appartient à M. Broussais? C'est au lecteur impartial à juger si l'on peut, de bonne foi, revendiquer en faveur des étrangers les principes de la doctrine physiologique, et s'il est juste de faire sortir de l'Allemagne la théorie nouvelle et toute française des fièvres intermittentes et des maladies périodiques...

Il est vrai qu'on ne trouve presque rien, dans les écrits des anciens médecins, qui prouve qu'ils aient eu connaissance des maladies dont il s'agit; s'ils parlent de quelques affections qui

reviennent par accès, comme de l'épilepsie, des convulsions par exemple, ils ne rapportent pas d'exemples dans lesquels leurs accès se soient répétés à des époques fixes et régulières. Mercatus paraît être un des premiers qui en fassent mention, ou du moins il est un des premiers galénistes qui, tout en faisant jouer un grand rôle à l'effervescence, à l'âcreté, à la putridité des humeurs dans la production des fièvres intermittentes en général, donne pourtant quelque attention aux organes affectés; il reconnaît la souffrance du cœur, de l'estomac, du foie, du cerveau dans diverses espèces de fièvres tierces pernicieuses (1). Mais c'est à Morton qu'était réservée la gloire de rassembler un certain nombre d'observations sur différentes espèces d'affections intermittentes; c'est lui qui, le premier, a établi une bonne méthode de traitement, et qui a, en quelque sorte, posé les éléments de la pathologie relativement aux maladies périodiques. Comme les auteurs qui en ont parlé avant et après lui, Morton donne à ces maladies le nom de fièvres *larvées* ou *déguisées*. A part cette supposition d'une fièvre *cachée* ou d'un *venin fébrile* pour se rendre compte de l'intermittence, Morton fait preuve d'un praticien consommé, qui distingue très bien les symptômes inflammatoires des phénomènes nerveux dans l'application des moyens thérapeutiques. Presque toujours il a recours aux antiphlogistiques, surtout à la saignée, avant l'administration du quinquina. Si Medicus l'emporte en érudition et pour la théorie, nous croyons que Morton est, à son tour, supérieur comme observateur et comme praticien; il a lui-même recueilli les trente exemples de fièvres larvées intermittentes, et les seize observations de fièvres larvées continentes ou rémittentes, qu'il rapporte dans ses œuvres de médecine, et avec assez de détails pour l'époque où il écrivait. Morton n'a point, comme Médicus, converti en *maladie générale* l'apoplexie ou la fièvre larvée soporeuse; déjà, ce qui est très remarquable, il a su y reconnaître une inflammation de la pulpe cérébrale. Le médecin allemand est le premier qui ait donné uniquement le titre convenable de *maladies périodiques* aux affections dont il s'agit; mais, soit que son ouvrage n'ait pas été connu et apprécié comme il le méritait, soit qu'il ne fût pas assez complet et traité de manière à porter la conviction sur la véritable

(1) *Mercati opera omnia medica, in folio; — De febrium essentiâ, causis et dignotione*, 1620.

nature des affections intermittentes locales et sans fièvres dont il s'occupe; quoi qu'il en soit, son *Traité des maladies périodiques* n'amena aucune réforme à cet égard ; et, depuis lui, on a continué à se servir des mots *fièvres larvées*, *fièvres masquées*, *fièvres pernicieuses*, et à consacrer les erreurs sur lesquelles étaient fondées ces dénominations.

On donna, dans le principe, aux affections intermittentes locales et sans fièvres, les noms de fièvres larvées, masquées ou déguisées, à cause de l'analogie qu'on crut remarquer entre elles et certains insectes qui éprouvent diverses métamorphoses ! Cette analogie prit sa source dans l'imagination des premiers observateurs ou plutôt dans leur intime croyance, qu'il n'y avait jamais et qu'il ne pouvait y avoir intermittence sans fièvre; c'était pour les anciens un article de foi que l'être, appelé *fièvre*, devait constamment jouer le principal si ce n'est l'unique rôle dans une affection intermittente quelconque. Or, quand il leur advint d'en rencontrer sans fièvre, que firent-ils ? Ils imaginèrent que la fièvre était *cachée* et qu'elle empruntait le masque de la maladie, périodique et locale, qui s'offrait à leurs regards, quels que fussent d'ailleurs et la nature et le siége de cette maladie !

On conçoit facilement la cause d'une semblable croyance ou d'une telle erreur. Les irritations intermittentes viscérales avec fièvre (fièvres intermittentes et rémittentes ordinaires), étant beaucoup plus fréquentes que les affections périodiques externes (fièvres intermittentes larvées), durent les premières et presque seules fixer l'attention des médecins, surtout dans un temps où l'on était loin d'être aussi attentif, aussi scrupuleux qu'aujourd'hui dans l'investigation des maladies. On s'était h bitué à ne voir que des symptômes dans les fièvres intermittentes dites essentielles ; on s'était étudié à connaître ces symptômes, à les décrire avec soin, à les grouper pour en faire différentes espèces ou diverses entités pathologiques à part, sans jamais se rendre compte de ce qui pouvait en être la cause immédiate, ni de quelles fonctions ces symptômes indiquaient le trouble, ni par conséquent de quels organes ces fonctions troublées annonçaient la modification et la souffrance. On avait vu deux phénomènes principaux, la *fièvre* et l'*intermittence* ; on les avait laissé marcher pour savoir quand et comment ils se termineraient, quand ils reviendraient, etc; enfin, on avait fait l'histoire d'une classe particulière de maladies appelées *fièvres intermittentes essentielles !*

Mais dans la suite, l'intermittence ou la périodicité ayant été reconnue dans la marche de plusieurs affections externes sans se trouver jointe au phénomène de la fièvre, mais seulement aux symptômes d'une névralgie, d'une inflammation, d'une hémorrhagie; on ne put concevoir, dans la persuasion où l'on était resté qu'intermittence était inséparable de fièvre; on ne put concevoir, dis-je, que le type intermittent pût ainsi s'aventurer sans sa compagne ordinaire, et l'on soutint que cette compagne (la fièvre) existait sous une forme déguisée; de là cette ordre de *fièvres larvées* ou *masquées*. On imagina d'autant plus volontiers que la fièvre, quoique inaperçue, accompagnait toujours l'intermittence, que l'on voyait parfois des maladies périodiques, sans fièvre, devenir tout-à-coup fébriles, ou disparaître pour faire place à des fièvres intermittentes, et celles-ci être remplacées par celles-là.

Pour nous, il ne suffit pas d'être à l'abri de cette erreur de nos devanciers, il faut encore que nous sachions en tirer parti, non seulement pour reconnaître l'analogie très grande qui existe entre les irritations intermittentes externes et celles qui ont leur siége dans les viscères, entre les maladies périodiques et les fièvre d'accès; mais il faut encore que nous bannissions à jamais de la science des noms qui consacrent des erreurs. Quand on voudrait absolument conserver le mot fièvre et donner aux affections dont il s'agit le nom d'un symptôme, celui qui leur conviendrait le mieux alors serait sans doute la dénomination de *fièvre locale*, qui leur a été donnée par Van Swieten et Arloing, par la raison que la circulation du sang est souvent très accélérée dans le lieu qu'elles occupent. Mais cette fièvre locale n'existe pas toujours; et quand elle survient, ce n'est pas mieux pour une irritation intermittente que pour une irritation continue; par conséquent, appeler fièvre locale une irritation intermittente quelconque placée à l'extérieur, ce n'est point la faire connaître ou c'est en donner une idée vague, peu exacte, et c'est abuser encore du mot *fièvre*, dont on a déjà tant abusé. On renoncera donc à la dénomination dont il s'agit.

Comme l'intermittence n'est plus aujourd'hui quelque chose de mystérieux, comme on ne croit plus qu'une fièvre intermittente puisse se transformer de mille manières, prendre toutes sortes de formes morbides, et se cacher à nos yeux, tantôt sous le masque d'une inflammation, tantôt sous celui d'une hémor-

rhagie, tantôt sous la forme d'une affection lymphatique, tantôt sous celle d'une affection nerveuse; comme, à part un très petit nombre de médecins, on pense généralement aujourd'hui que chacune de ces affections ne porte que son propre masque et qu'elle ne change point de nature lorsqu'elle prend le type intermittent; on laissera à chacune le nom qu'elle porte sous le type continu; au lieu d'appeler, par exemple, une inflammation intermittente de la conjonctive et une hémorrhagie périodique de la muqueuse nasale, des fièvres *larvées*, et même, d'après quelques médecins, des fièvres intermittentes *pernicieuses*, *ophthalmique* et *hémorrhagique*, on leur donnera simplement les noms d'ophthalmie et d'épistaxis, en ajoutant les épithètes consacrées pour indiquer leur type d'intermittence, telles que tierce, quotidienne, quarte, etc.

Ce n'est pas sans raison que nous nous sommes arrêté à combattre les dénominations vicieuses de fièvres larvées, et les idées fausses qu'on s'en faisait autrefois, puisque certains écrivains, aujourd'hui encore, semblent s'efforcer de rajeunir ces vieilleries et de mettre en honneur les fièvres larvées, sans doute parce que l'on veut s'en servir à réédifier l'ancien système des fièvres intermittentes essentielles. En effet, depuis long-temps et nulle part il n'était plus question de fièvres larvées, pas même dans les grands Dictionnaires de médecine; aujourd'hui on leur consacre, dans la deuxième édition du *Dictionnaire de médecine en 25 volumes*, 1838, un article qui n'existait point dans la première édition. C'est M. Littré qui vient remplir cette lacune et qui se charge de nous apprendre que, ce qui a fait donner aux fièvres larvées le nom qu'elles portent ordinairement, ce n'est pas qu'elles aient quelque chose de fébrile; car, dans un très grand nombre de cas, aucun mouvement de pyrexie ne les accompagne; mais c'est qu'elles ont une *affinité réelle* avec les fièvres intermittentes, affinité qui *se cache sous une multitude d'apparences extraordinaires*, mais qui n'en reste pas moins au fond de toutes ces affections, et se manifeste surtout par l'influence du fébrifuge qui est aussi le remède par excellence des fièvres larvées... » puisque le fébrifuge les guérit; donc la fièvre est *cachée* ou *déguisée*! On va même comme Strack jusqu'à croire que non seulement toutes les maladies peuvent *simuler* les fièvres intermittentes, mais qu'il y a encore quelques unes de ces fièvres d'accès qui *se cachent sous l'apparence de fièvres continues*; et la preuve, c'est que *le*

quinquina conserve alors sur elles un pouvoir qu'il est loin d'avoir sur la véritable pyrexie continue. Enfin on nous apprend *que les fièvres larvées pouvant se présenter sous une multitude d'apparences diverses, il est impossible d'en décrire la marche et d'en faire l'histoire.* Valait il donc la peine de faire un article sur les fièvres larvées pour nous faire un pareil aveu? Mais revenons à l'histoire de ces maladies, puisque nous ne la croyons pas *impossible.*

Les irritations intermittentes externes comprennent toutes celles qui se montrent dans les membres ou à la surface du corps, dans des lieux accessibles à nos sens, quelles que soient d'ailleurs les différences qu'on observe entre elles relativement à leur nature et aux divers tissus qu'elles affectent.

Nous commencerons par l'histoire des irritations périodiques inflammatoires, parce qu'elle est si importante que celle de toutes les autres semble s'y rattacher plus ou moins; ces irritations sont d'ailleurs assez communes, quoique bien moins fréquentes que dans les viscères. Après les phlegmasies externes, nous traiterons des affections intermittentes hémorrhagiques, qui ne sont en quelque sorte qu'une modification ou une dépendance des premières; après elles nous nous occuperons des subinflammations périodiques; puis nous terminerons cette première partie de notre ouvrage par les irritations intermittentes nerveuses.

Dans le classement des affections périodiques en internes et externes, nous avons été obligé parfois de faire abstraction des causes, parce qu'il n'est point rare que les agents provocateurs des maladies exercent leur influence à l'intérieur pour développer des affections intermittentes externes, comme ils agissent fréquemment à l'extérieur pour affecter périodiquement les viscères.

Une autre difficulté, qui existe également dans les maladies continues, a dû se présenter ici; c'est la coexistence ou la complication de plusieurs lésions différentes, externes ou internes, chez le même individu. Supposons un cas d'irritation intermittente quelconque; supposons que le fait ait été recueilli avec soin par un praticien recommandable, et qu'il mérite de trouver ici sa place; mais qu'en faire? et quel rang lui assigner s'il s'agit, par exemple, d'un malade qui présente à la fois une affection goutteuse et une gastro-entérite sous type quotidien, ou bien d'un individu ayant à la fois une bronchite et une éruption cutanée, avec le type tierce? Hé bien! nous avons placé chacun de ces cas, tantôt au rang des irritations intermittentes externes, tantôt

parmi les phlegmasies périodiques des viscères, selon que les symptômes chez l'un ou l'autre de ces malades nous ont paru mieux dessinés et plus apparents à l'extérieur ou à l'intérieur. Cette difficulté est si fréquente dans les maladies périodiques qu'il est impossible de l'éviter. Quand elle s'est présentée, nous ne l'avons tranchée qu'en marchant sur les traces de nos devanciers ; nous avons fait comme le professeur Pinel dans certains cas de goutte, de rhumatisme, de scarlatine, de rougeole, etc., que le célèbre nosographe a placées au rang des phlegmasies externes, alors même qu'elles étaient accompagnées de plusieurs symptômes de gastro-entérite et d'angine. Peut-être dans quelques uns des faits dont il s'agit, notre illustre maître et professeur, M. Broussais, eût il assigné une autre place et rendu aux viscères ce qu'avec Pinel nous avons placé au rang des maladies externes cutanées et articulaires. Quoi qu'il en soit, nous avons fait un libre usage de notre conviction ; à elle seule appartient la responsabilité de nos erreurs. Nul doute que la goutte, l'érysipèle, la rougeole et beaucoup d'autres phlegmasies externes puissent se développer sous l'influence d'une affection concomitante des viscères, surtout gastriques ; mais cela ne prouve pas que les premières soient toujours sous la dépendance de la seconde. D'ailleurs, dans l'un comme dans l'autre cas, ne peut-on pas en faire la description avec celle des affections périodiques externes, en faisant abstraction de la cause interne, sauf à donner à cette cause une attention convenable dans l'application des moyens thérapeutiques ?

Ce qu'il nous importe ici de constater par des faits avérés et bien positifs, c'est le retour périodique d'une phlegmasie externe, muqueuse, musculaire, cutanée, articulaire ou autre, qui, après avoir eu son commencement, son milieu et sa fin, ou ses diverses périodes d'existence, a disparu rapidement, pendant un certain temps, pour revenir encore ; en un mot, c'est la périodicité d'une phlegmasie externe quelconque. Or, depuis quand a-t-on nié l'existence de ces sortes d'affections ? Depuis quand s'est-on montré si difficile pour l'étiologie et le diagnostic de ces maladies ? N'est-ce pas seulement depuis que la doctrine physiologique s'en est servie, pour achever la destruction de l'ancien édifice des fièvres essentielles, surtout intermittentes ? Car celles-ci constituaient pour les essentialistes un dernier retranchement qu'ils croyaient inexpugnable ! Personne, qu'on sache,

ne s'est élevé contre Pinel, quand ce professeur a placé la goutte et le rhumatisme au rang des phlegmasies ; cependant la forme mobile et la marche souvent périodique de ces affections n'étaient-elles pas assez connues? Il ne paraît pas non plus qu'aucun antagoniste se soit jamais offert pour donner un démenti à Morton et à Medicus quand ces praticiens ont rapporté des exemples de phlegmasies périodiques. Chose remarquable ! à peine nos adversaires aperçoivent-ils dans une phlegmasie intermittente externe des symptômes fébriles et gastriques, qu'ils sont très disposés à ne voir ici que la fièvre ou l'irritation gastrique, tandis que, dans la même fièvre, sous type continu, à peine s'ils veulent faire attention à cette irritation viscérale ou aux symptômes gastriques, alors même qu'ils sont très prononcés... Ah ! si la bonne foi ne vient enfin présider aux importantes discussions médicales agitées depuis vingt ans, combien il est à craindre que la science ne soit arrêtée dans sa marche progressive et ne soit privée, du moins en partie, des progrès immenses qu'elle était appelée à en recueillir !

Si l'on trouve mal placés au rang des affections intermittentes externes, des rhumatismes dont les accès sont accompagnés de beaucoup de fièvre et des phlegmasies cutanées présentant des symptômes gastriques très prononcés ; si l'on nous accuse d'avoir pris, dans les cas dont il s'agit, des fièvres intermittentes inflammatoires et gastriques pour des phlegmasies intermittentes externes, nous ferons toutes les concessions qu'on voudra relativement à la cause de ces phlegmasies. Mais quand la rougeur, la chaleur, le gonflement et la douleur se présentent d'une manière accessible à nos sens pendant plusieurs heures, et puis disparaissent entièrement, pour revenir à des époques régulières, nous ne pouvons nous empêcher de reconnaître une phlegmasie intermittente externe. Nous ne disons pas qu'elle existe seule, ni qu'elle soit toujours primitive ; mais, la fît-on dépendre *toujours d'une fièvre essentielle* gastrique ou autre (1), voulût-on la mettre constamment sous la dépendance d'une autre affection plus grave (2), toujours est-il incontestable que les symptômes de l'inflammation, dans les cas dont il s'agit, présentaient sous nos yeux une marche périodique.

(1) M. Bailly, *Traité anatomico-pathologique des fièvres intermittentes.*
(2) M. Dubois, *Pathologie générale*, t. Ier.

M. Bailly, dont l'opinion est partagée par M. Rayer, veut que toute maladie périodique, toute affection intermittente locale, soit *entièrement subordonnée à l'état du système nerveux abdominal ou à l'état morbide de l'abdomen et des fonctions digestives*. Mais qu'entend-on par ces *états nerveux* et *morbides* de l'abdomen et des fonctions digestives? Pourquoi se plaît-on à généraliser, à embrouiller ce qui serait clair, si, reconnaissant comme on le dit ailleurs, une *grande vérité sentie et exprimée par Médicus*, on disait franchement comme ce dernier que toute maladie périodique, quelle que soit sa nature et quel que soit son siége à l'extérieur ou à l'intérieur, *dépend toujours d'une affection abdominale, et le plus souvent d'une irritation des premières voies*. Nous aurions eu nous-même beaucoup de tendance à embrasser cette opinion, si des faits nombreux ne nous eussent forcé d'en adopter une autre plus exacte, parce qu'elle est basée sur la très grande majorité des faits, dont la plupart sont consignés depuis long-temps dans les annales de la science. Ce sont ces faits qui prouvent la vérité de cette proposition, savoir: qu'un grand nombre d'irritations intermittentes externes sont des affections purement locales, et qui constituent tantôt des névralgies et tantôt des subinflammations intermittentes, tantôt des hémorrhagies, et souvent des congestions sanguines ou des inflammations périodiques. Une autre vérité vient à l'appui de celle-ci: c'est la mobilité de certaines inflammations et leur développement plus ou moins rapide et successif dans des organes différents ou sur plusieurs parties de la surface du corps, contiguës ou éloignées les unes des autres. Ainsi, on a vu des érysipèles attaquer aujourd'hui le bras, se porter demain ou après-demain à la surface de la poitrine, dans deux ou trois jours atteindre le cou, la face, et abandonner entièrement les points primitivement affectés. M. Genest a observé chez une domestique, dont les règles s'étaient supprimées, une affection rhumatismale qui, des lombes où elle s'était d'abord portée, se répandit par tout le corps, puis elle parut se fixer sur les parois antérieures et latérales de l'abdomen; elle se porta des parois du ventre à celles de la poitrine; elle disparut pendant deux jours pour revenir encore et commencer par l'abdomen (1). M. Chomel dit que le rhumatisme articulaire est encore plus mobile que le rhumatisme musculaire; celui-ci

(1) *Gazette médicale*, 1832.

change quelquefois de place, celui-là presque toujours. Il est, dit ce praticien, de la nature du rhumatisme de disparaître tout-à-coup du point qu'il avait primitivement envahi, de se porter ailleurs, puis de revenir à son premier siége. Il n'a pas de durée plus déterminée que n'en a, par exemple, une urticaire qui vient, s'en va, et revient instantanément par suite de l'usage des moules (1). Enfin, il ne se passe guère d'années sans que les journaux de médecine ne rapportent des exemples de phlegmasies qui, tour à tour ou successivement, ont parcouru chez le même individu plusieurs organes différents, plusieurs parties contiguës ou séparées soit à l'extérieur, soit à l'intérieur du corps. Or, tous ces faits ne semblent-ils pas avoir une grande analogie entre eux? Ces inflammations mobiles et successives n'ont-elles pas une grande ressemblance avec les phlegmasies intermittentes? Il ne peut y avoir de différence que dans le changement de place et la moindre régularité des symptômes inflammatoires, et encore la circonstance du changement de place n'est-elle pas rare dans les phlegmasies intermittentes; combien de fois les accès inflammatoires ne présentent-ils pas, à chaque retour, un siége différent! Cela ne s'observe pas seulement dans les affections intermittentes de la peau, des tissus musculaires et fibro-séreux des articulations, dont la mobilité a été de tout temps reconnue; mais les phlegmasies périodiques des viscères en offrent aussi des exemples, comme nous le verrons.

« Tous les phénomènes morbides intermittents décrits par les » auteurs sous le titre de fièvres rhumatismale, topique, lar- » vée, etc., dit M. Jolly, sont autant de *variétés de névralgies* » dont il faut rechercher la cause dans les lésions vitales et ana- » tomiques, directes ou indirectes de l'élément nerveux de la » partie où elles se manifestent (2)! Peu de médecins sans doute penseront avec M. Jolly qu'un rhumatisme intermittent, fébrile ou non fébrile, qui présente dans un lieu déterminé de la douleur, du gonflement, de la chaleur, quelquefois de la rougeur, puisse être une *névralgie*, surtout quand il a son siége dans une articulation, dans des muscles où il n'y a point de filets nerveux particuliers à la souffrance desquels on puisse attribuer les phénomènes dont il s'agit. Aujourd'hui plus que

(1) *Leçons de clinique médicale*, t. II.
(2) *Mémoires sur les névralgies.—Nouvelle bibliothèque médicale*, 1828.

jamais on se jette dans des distinctions subtiles qui tendent à embrouiller plutôt qu'à éclairer l'étiologie et le diagnostic des phénomènes morbides intermittents ; il faut donc bien s'y arrêter, non pour découvrir le fondement réel de ces distinctions, le plus souvent il n'y en a aucun ; mais du moins pour entrevoir le but qu'on se propose quand on y a recours, et ce but est assez évident. Il y a long-temps que la division des maladies en *vitales* et *organiques* ou *anatomiques* a été faite et abandonnée. Libre est bien M. Jolly de la ravitailler et de l'arranger à sa façon : trouvera-t-on qu'elle en devienne plus lumineuse ou plus exacte ? Nous ne le pensons pas. Les affections *vitales* embrassaient jadis le vaste domaine des fièvres essentielles et des névroses. Depuis lors on a localisé les fièvres continues, et pourtant ce n'est pas ordinairement *dans les nerfs* qu'on a trouvé les lésions anatomiques dont les phénomènes fébriles ne sont plus aujourd'hui que la dépendance. N'est-ce pas au contraire dans le système capillaire sanguin des viscères, et en particulier de la muqueuse digestive, qu'on a trouvé le plus souvent les lésions dont il s'agit ? Cette question est aujourd'hui parfaitement résolue pour la grande majorité des médecins ; cependant il y en a quelques uns pour qui elle est encore indécise, surtout appliquée aux fièvres larvées et intermittentes : M. Jolly est de ce nombre, et il veut la résoudre *à l'aide d'une distinction*, et en faisant jouer le plus grand rôle à l'*élément nerveux !* Nous ne contestons ni la bonne foi, ni le talent de ce praticien : il défend aussi bien que possible une mauvaise cause ; mais ses arguments, privés comme ils le sont de l'autorité des faits, ne porteront jamais la conviction dans les esprits à une époque où l'on ne se paie plus guère de mots. Tout médecin sait bien que l'élément nerveux joue constamment un certain rôle dans une irritation quelconque ; mais cela ne l'empêche pas d'être *inflammatoire* quand le sang afflue dans une partie au point d'y provoquer la rougeur, le gonflement, la chaleur, ou la plupart des symptômes auxquels on reconnaît une inflammation ; cela ne l'empêche pas d'être *hémorrhagique*, quand les vaisseaux capillaires gorgés de sang lui livrent passage au dehors ; d'être *subinflammatoire* quand les vaisseaux blancs sont particulièrement affectés ; et enfin d'être *nerveuse*, de constituer une névralgie ou une névrose quand il y a seulement ou principalement lésion dans une partie limitée du système nerveux.

Mais pour fixer nos idées sur la théorie de M. Jolly et des partisans de la nervosité dans les maladies périodiques, prenons un fait, celui par exemple que nous rapportons sous le n° 60 : nous choisissons ce fait de préférence parce que M. Jolly, chargé lui-même d'en rendre compte à l'Athénée de Médecine de Paris, dont il est secrétaire général (1), soutient dans son rapport qu'il faut appeler le rhumatisme périodique de M. Costa une *myélite fébrile intermittente*, parce que, selon lui, *il n'y a pas de doute que la périodicité fébrile ne soit due à une modification quelconque de l'appareil cérébro-spinal!* Cependant M. Costa, qui est lui-même le sujet de cette observation, qui est comme M. Jolly un praticien exercé, n'a trouvé dans son affection, comme il le dit très positivement dans les réflexions qui en sont la suite, *qu'une maladie tout-à-fait locale, externe, et résidant dans les muscles* qui, pendant l'accès rhumatismal, étaient *durs, contractés, incapables de mouvements.* M. Costa (2) affirme qu'elle n'est point symptomatique d'une affection digestive et nerveuse quelconque ; il dit nettement que *ce n'est point une névrose, mais un rhumatisme.* Or, lequel en pareil cas doit être meilleur juge et plus compétent pour reconnaître la vérité, de celui qui, médecin lui-même, a senti le mal, ou de celui qui ne fait que l'interpréter d'après une théorie quelconque ; et la théorie dont il s'agit, nous le disons franchement, est hypothétique et erronée : *hypothétique* parce qu'elle n'invoque en sa faveur aucun fait évident et bien constaté, *erronée* parce qu'elle est en opposition avec nombre de faits dont on ne peut de bonne foi contester l'évidence et l'authenticité. Certes, nous sommes loin de nier l'existence des myélites intermittentes, pas plus que celles de beaucoup d'autres affections nerveuses périodiques ; mais pourquoi se mettrait-on l'esprit à la torture pour transformer en *myélite* un rhumatisme musculaire externe? Pourquoi voudrait-on aujourd hui ne voir partout et toujours que des névroses, alors que les maladies offrent le type intermittent?

(1) Tout ceci a été écrit de 1830 à 1831, époque où nous avions annoncé la deuxième édition des *Irritations intermittentes.*

(2) M. Costa ajoute en note : « La preuve que ce n'était pas là une *névrose*, mais bien un rhumatisme, c'est que j'ai vingt-neuf ans, que je suis fortement constitué, que mon père, ma mère et mon frère sont atteints d'affections arthritiques, et que ma maladie se développa après les grands froids de l'hiver dernier. »

Il y a des médecins d'ailleurs fort instruits qui vont beaucoup plus loin que M. Jolly, relativement à l'hypothèse de la nervosité cérébro-spinale et ganglionnaire, soit relativement au rôle que joue l'élément ou le fluide nerveux dans les maladies en général : C'est ainsi que M. Gosse de Genève a publié en 1826 un ouvrage sur les *Maladies rhumatoïdes*, dont le titre, modeste en apparence, ne paraît indiquer qu'une monographie sur le rhumatisme. Lisez le livre ou voyez la table des matières, vous y trouverez toutes les maladies possibles, internes et externes, continues et intermittentes ! *Rhumatoïde* (composé de deux mots grecs qui veulent dire *fluxion semblable*) *est*, dit M. Gosse, *un terme nouveau que j'ai été forcé de créer pour généraliser mes idées !* D'abord on concevra peu cette violence que s'est faite à lui-même cet écrivain pour la *création* dont il s'agit... mais ce que personne ne pourra jamais imaginer, c'est que cette *fluxion semblable soit toujours celle du fluide nerveux !* En effet, qui pourrait s'imaginer que les systèmes sanguin et lymphatique ne jouent plus qu'un rôle accessoire, secondaire, ou tout-à-fait nul dans les maladies en général ? Tel est pourtant le système de M. Gosse. L'épithète *rhumatoïde* est synonyme de nerveux, seulement elle emporte avec elle l'idée d'une *fluxion nerveuse.* Ainsi, depuis l'érythème le plus léger jusqu'à la gastro-entérite, ou l'encéphalite la plus grave ; depuis la fièvre éphémère, continue ou intermittente, jusqu'à la fièvre la plus pernicieuse ou le typhus le plus désastreux, toujours et partout il s'agit pour M. Gosse d'une fluxion locale ou générale du fluide nerveux cérébro-spinal et ganglionnaire ; il n'est pas jusqu'aux affections glanduleuses les plus indolentes, au goître par exemple, qui ne soit une maladie rhumatoïde ; oui, *le goître une fluxion nerveuse !* Pourra-t-on jamais pousser plus loin le système de la nervosité ?

Mais revenons aux auteurs plus judicieux et plus conséquents dans la théorie dont il s'agit, tels que MM. Jolly, Guérin de Mamers, Bailly, Rayer et Brachet. Ce n'est plus, comme M. Gosse, toute la pathologie qu'ils essayent d'exploiter au profit du système nerveux cérébro-spinal et ganglionnaire, c'est seulement dans les maladies périodiques, dans les fièvres larvées et intermittentes en général que les écrivains distingués dont il s'agit font jouer à ce système un rôle trop grand et trop exclusif, en transformant en névroses toutes ces dernières maladies. Nous

reviendrons sur cette question et sur cette tendance de quelques auteurs modernes, à ne voir dans toutes les fièvres et dans toutes les affections intermittentes en général, que des névroses cérébro-spinales et ganglionnaires périodiques. Autrefois, dans les névroses, on ne voyait que le défaut ou la perversion du sentiment et du mouvement *sans lésion locale ;* aujourd'hui on admet déjà cette lésion locale : c'est une concession de bon augure. Espérons qu'on parviendra à s'entendre, et qu'il n'y aura bientôt plus qu'une seule doctrine médicale française dont la théorie, fondée d'une part sur la physiologie et l'anatomie pathologique, d'autre part embrassera l'observation et l'expérience de tous les temps.

CHAPITRE PREMIER.

PHLEGMASIES INTERMITTENTES EXTERNES.

Existe-t-il des phlegmasies intermittentes ? Telle est la question que font encore aujourd'hui quelques médecins ! Est-ce mauvaise foi ou défaut de conviction ? On ne peut décemment s'arrêter qu'à ce dernier motif ; et ce motif se conçoit quand on prend pour type de toute espèce de phlegmasie, celle du tissu cellulaire sous-cutané, et quand on ne reconnaît pas d'autres types d'intermittence que le quotidien, le tierce et le quarte. En effet, il est bien certain qu'un phlegmon ne peut disparaître en quelques heures ; il lui faut plusieurs jours pour se développer et se terminer. Mais cet exemple du phlegmon, qui semble au premier abord, très opposé à la théorie de l'intermittence, ne l'est pas du tout si l'on réfléchit que la durée de cette intermittence n'est pas limitée, que la durée du phlegmon lui-même n'a rien de fixe, et qu'elle varie selon qu'il se termine par délitescence ou résolution, par induration, et par suppuration. Or, ne peut-on pas concevoir qu'un phlegmon, alors même qu'il passe par tous les différents degrés de l'inflammation, puisse revenir périodiquement tous les douze ou quinze jours? Ne peut-on pas concevoir qu'une inflammation phlegmoneuse, qui se termine par résolution, puisse être reproduite périodiquement tous les trois jours, tous les cinq jours, tous les huit jours, et présenter les types quarte, quintane, octane?

Nous parlons d'abord du phlegmon, parce que c'est la lésion locale ou la modification organique en apparence la plus opposée à la théorie physiologique des maladies périodiques ; nous disons *en apparence*, parce qu'il n'y a rien, dans la nature d'une affection phlegmoneuse quelconque, qui l'empêche d'être périodique ; mais ce qui résulte de l'observation et de l'expérience, c'est que le phlegmon est de toutes les inflammations en général, celle qui se présente le plus rarement sous le type intermittent. Les tissus organiques les plus enclins aux phlegmasies intermittentes sont les tissus membraneux, particulièrement les membranes muqueuses ; après elles viennent les tissus cutané, synovial, musculaire, etc. L'aptitude de tous ces organes aux affections périodiques est bien reconnue ; s'il y a sujet de doute et de contestation, c'est relativement à la forme si variée et si diverse que peut adopter la phlegmasie elle-même ; à cet égard, il est vrai de dire qu'il n'y a rien de fixe : toutes les nuances sont possibles, depuis la plus simple, la plus légère congestion sanguine, qui fait perdre à la conjonctive, par exemple, sa blancheur naturelle, jusqu'au chémosis le plus douloureux et le plus intense ; depuis l'efflorescence cutanée qui constitue l'érythème, jusqu'à l'affection érysipélateuse, érysipélato-phlegmoneuse la mieux caractérisée et la plus profonde. Si quelques médecins ont peine à concevoir la disparition en quelques heures, même d'une phlegmasie membraneuse, c'est parce qu'ils s'en font une fausse idée ; c'est parce qu'ils la supposent toujours existant, ou devant arriver à ce degré d'intensité et de profondeur qui constitue l'érysipèle phlegmoneux ; tandis que cela est fort rare, même sous le type continu ; ou bien encore, c'est parce qu'ils veulent comparer cette phlegmasie périodique à la plaie qui résulte d'une brûlure ou d'une vésication avec soustraction de l'épiderme ; on s'abuse alors sur une identité de lésion qui n'existe pas : dans ce dernier cas, il y a perte de substance ; le corps réticulaire de la peau est à découvert ; les capillaires sanguins, les vaisseaux exhalants et sécréteurs, mis à nu et sans cesse irrités par le contact de l'air, continuent pendant un certain temps, à sécréter en excès, à verser des fluides à leur surface en attendant qu'ils soient abrités par une nouvelle enveloppe ; et cette enveloppe, quoique légère, n'est pas ordinairement reproduite en quelques heures. Rien de semblable n'a lieu dans une phlegmasie membraneuse dont chaque récidive se termine par délitescence, et constitue un ac-

cès érythémoïde, une irritation rouge ou une congestion sanguine superficielle et périodique ; aussitôt que l'irritation qui appelait le sang a cessé, celui-ci est emporté par les vaisseaux absorbants ; la chaleur disparaît avec la rougeur ; les filets nerveux n'étant plus irrités et comprimés par la présence de fluides inaccoutumés, cessent de provoquer le sentiment de la douleur ; et l'état normal se rétablit dans un temps plus ou moins court, suivant l'activité des moyens d'absorption locale et de réaction par la voie des sueurs. Il arrive souvent qu'une membrane muqueuse enflammée verse à sa surface des fluides d'une nature différente et en plus grande quantité qu'à l'ordinaire ; cela provient, comme dans le coryza périodique, par exemple, de l'action augmentée ou pervertie des exhalants qui prennent part à l'irritation des capillaires sanguins ; mais il n'y a point alors lésion avec perte de substance ; il n'y a ni plaie, ni ulcération locale quelconque ; et le dégorgement qu'amène ce surcroît d'exhalation, contribue lui-même à la prompte solution de l'irritation sanguine.

Il suffit d'examiner attentivement les opérations de la nature, dans une maladie quelconque, continue ou intermittente, pour reconnaître que les résultats n'en sont jamais si bien tranchés et tellement uniformes qu'il n'y ait rien de plus, ni rien de moins dans un cas que dans un autre ; il est incontestable que l'inflammation aiguë d'un tissu donné puisse s'élever ou s'abaisser à différents degrés ; or, quand elle se présente à un faible degré, peut-on dire qu'elle ne constitue point une nuance d'inflammation ? On a, dit-on, assigné à l'inflammation des caractères pour la reconnaître ! oui, mais ces caractères, que vous lui assignez ordinairement, ne sont que ceux qui sont propres au tissu cellulaire sous-cutané. Ce ne sont pas ceux en particulier de chaque tissu organique ; il s'agit donc de savoir jusqu'à quel point, à quel degré et à quel nombre, ces caractères donnés sont applicables à tel ou tel fait. Peut-on dire qu'ils soient tous nécessaires ? Peut-on dire qu'ils existent tous quand on reconnaît une phlegmasie quelconque sous le type continu, et peut-on dire que, dans toute affection continue inflammatoire, ils soient faciles à reconnaître ? évidemment non. Ne se présentent-ils pas, au contraire, et quel que soit le type de l'inflammation, tantôt fortement prononcés, tantôt à peine sensibles ? Qui peut dire à quel degré de chaleur, à quelle nuance de rougeur par exemple, l'on doit s'arrêter dans les limites de l'inflammation qui constitue une ophthal-

mie ou un érythème? du moment que la conjonctive et la peau sont plus rouges, plus sensibles qu'à l'ordinaire, et n'exercent plus librement leurs fonctions, ne sont-elles pas dans un état morbide? Et cet état peut-il être mieux exprimé que par les mots *irritation inflammatoire?*

Cette difficulté, dont nous venons de parler, existe pour les phlegmasies continues elles-mêmes; il n'est donc pas étonnant qu'elle se fasse sentir également et mieux encore dans les inflammations périodiques. De là la diversité d'opinions sur la nature de tel ou tel accès, jugé *inflammatoire* par un médecin, et *nerveux* par l'autre! Cette difficulté, il faut chercher à la surmonter par un examen plus attentif, un classement plus convenable des observations qu'on possède; mais, est-il raisonnable de dédaigner ou de chercher à diminuer l'importance de ces faits pour révoquer en doute l'existence des phlegmasies intermittentes? On n'a pas plus, et peut être moins de raisons d'en agir ainsi, qu'en ont, dans un sens opposé, ceux qui disent qu'il n'y a point de névroses ou de névralgies intermittentes! Si le vrai n'est pas toujours entre les extrêmes, il est très sûr que les extrêmes sont encore bien plus éloignés de la vérité.

Des praticiens recommandables soutiennent encore qu'il n'y a pas de phlegmasies intermittentes, parce qu'il ne s'en est jamais présenté à leur observation! Mais une telle opinion ne peut être prise en considération; 1° parce que toutes les négatives possibles ne prévaudront jamais contre l'autorité des faits; 2° parce que l'expérience de quelques médecins, prise isolément, n'est rien ou presque rien mise en parallèle et surtout en opposition avec l'expérience générale du monde médical; 3° parce que les phlegmasies périodiques ne se développent pas assez fréquemment et en tous lieux, pour que chaque praticien doive nécessairement en rencontrer; 4° parce que les écrivains, qui nient l'existence des phlegmasies intermittentes, n'ont sans doute pas réfléchi que les cas de ce genre qui se sont offerts à eux, ont été pris pour des fièvres larvées ou dissimulées, comme on le voit dans les observations d'ophthalmies, de coryzas, de scarlatines, d'inflammations phlegmoneuses, et de rhumatismes intermittents que nous rapportons ci-après sous les nos 2, 13, 17, 21, 24, 25, 32, 47, 55 et 56.

C'est ainsi que d'autres phlegmasies périodiques ont été prises pour des fièvres intermittentes pernicieuses comme dans les observations d'ophthalmie quotidienne, d'otite double-tierce, d'urti-

caires quotidien et tierce, de rhumatismes quotidien, tierce et quarte, de gouttes tierce et double quarte, dont les nos 5, 28, 31, 34, 37, 54, 60, 61, 64, 65 et 69 retracent des histoires particulières. Cependant quel médecin pourra analyser attentivement et sans préjugés chacune des observations dont il s'agit sans y reconnaître de véritables phlegmasies intermittentes ou des congestions inflammatoires périodiques? Dans un des derniers faits que nous venons de citer, celui sous le n° 64 par exemple, est-il possible de méconnaître de violents accès de goutte intermittente? puisque le pied *commence par devenir douloureux* et *gonflé* avant que le frisson et les autres phénomènes fébriles et sympathiques se manifestent; puisque ces accès goutteux se bornent quelquefois à des symptômes locaux d'inflammation, surtout au gonflement de l'articulation malade? Le médecin lui-même qui a recueilli cette observation, convient qu'il n'y a point de doute sur la nature inflammatoire de l'affection goutteuse dont il s'agit; et pourtant il s'applaudit d'avoir rencontré là *une variété intéressante et rare de fièvre intermittente pernicieuse*, qu'il propose de surnommer *arthritique* et d'ajouter au tableau des fièvres pernicieuses essentielles! Dans l'observation sous le n° 65, l'affection rhumatismale de l'articulation iléo-fémorale a été également reconnue, et d'autant mieux qu'elle a commencé à exister sans fièvre, c'est-à-dire sans lésion concomitante de la muqueuse digestive et sans influence sympathique sur le système nerveux cérébro-spinal; mais du moment que les accès arthritiques ont provoqué des phénomènes sympathiques, fébriles, gastriques et nerveux très marqués; dès lors on a transformé la maladie en *fièvre intermittente pernicieuse ischiatique!* Nous pourrions faire les mêmes remarques au sujet du rhumatisme quotidien sous le n° 61; le médecin qui l'a observé n'a d'abord vu et bien reconnu qu'un rhumatisme articulaire, qu'il transforme plus tard en fièvre pernicieuse, du moment que les phénomènes sympathiques fébriles et nerveux deviennent plus saillants que l'affection locale primitive. Il y a même des médecins physiologistes qui, *pour éviter*, disent-ils, *de disputer sur les mots*, aiment mieux rester dans l'antique et vicieuse ornière des fièvres pernicieuses : c'est ainsi que M. Costa, dans l'observation remarquable rapportée sous le n° 60, et dont il est lui-même le sujet, tout en reconnaissant que ce fait serait mieux dénommé un rhumatisme périodique, accompagné de fièvre,

se décida néanmoins à le qualifier de *fièvre pernicieuse rhumatismale !* Et cependant M. Costa reconnaît très bien que la fièvre n'est, dans ce cas, *que la conséquence* des douleurs locales, ou de l'affection rhumatismale dont il est atteint. Quand une inflammation périodique est accompagnée de fièvre, qu'on la rende *toujours effet de la fièvre*, comme le veulent MM. Rayer et Bailly, peu importe ; ces écrivains ne sont-ils pas ensuite obligés d'assigner une autre cause moins mystérieuse à la phlegmasie intermittente, quand elle existe seule, quand elle n'est précédée, ni accompagnée, ni suivie de phénomènes fébriles, comme dans les observations assez nombreuses que nous rapportons sous les n[os] 2, 4, 6, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 24, 25, 26, 41, 54, 55, 57, 58 et 59? Il faut bien alors se résoudre à ne voir que ce qui existe, c'est-à-dire seulement l'irritation locale périodique ; on est ici forcé de convenir que toutes ces phlegmasies intermittentes externes sont *primitives* et existent par elles-mêmes, à moins qu'on aime mieux rentrer dans la ridicule supposition des fièvres larvées ou dissimulées...

5° Enfin, à toutes les raisons que nous venons d'indiquer pour prouver l'existence des phlegmasies intermittentes externes, nous en ajouterons une autre fondée sur l'anologie : cette raison n'est pas moins concluante si l'on fait attention que nous la puisons dans la pathologie comparée dont le nombre des maladies est encore si restreint, comparativement à celui de la pathologie humaine. Hé bien ! les médecins vétérinaires ont constaté que les animaux étaient parfois attaqués de fluxions ou de congestions inflammatoires, susceptibles de disparaître pendant un certain temps, et de revenir à des époques déterminées ; telle est celle appelée vulgairement *fluxion périodique*, espèce d'inflammation intermittente qui attaque le globe de l'œil des monodactyles, principalement des jeunes chevaux d'un faible tempérament et au moment de la dentition, c'est-à-dire à une époque où la sensibilité de toute l'économie est élevée à un haut degré. Les paroxysmes de cette affection sont parfaitement séparés et distincts les uns des autres. Les intermittences en sont si marquées qu'il ne reste, dans l'intervalle des accès inflammatoires, aucune altération locale visible, ou qui puisse faire reconnaître l'existence de la maladie antécédente. Ce n'est que quand les accès se sont renouvelés un grand nombre de fois et avec une grande intensité, que l'irritation finit par se

fixer dans l'organe affecté ; elle y détermine alors une congestion durable, une phlegmasie chronique et continue plus ou moins grave (1).

Nous ne terminerons pas ces réflexions sans répondre à M. Tommasini, qui, sous le rapport des maladies périodiques et des fièvres intermittentes, s'est constitué en opposition directe avec la doctrine physiologique. On peut juger de l'importance que ce professeur attache à son opinion à cet égard par le long développement des raisons contradictoires qu'il oppose à l'*Essai sur les irritations intermittentes*. C'est une condamnation absolue des phlegmasies périodiques que le savant professeur de Bologne a cru devoir lancer dans le monde médical! Ce n'est pas sans une juste défiance de nos forces que nous osons en appeler d'un jugement si grave et si solennel ; toutefois il nous semble qu'il est si peu fondé, qu'il suffit déjà de ce que nous venons de dire pour faire entrevoir la faiblesse des raisonnements de notre célèbre antagoniste. Mais entrons dans quelques détails sur les faits, puisque ce sont là les véritables pièces du procès ; et puisque *devant un fait avéré, quelque inexplicable qu'il soit, toute raison pathologique doit se taire* (2).

M. Tommasini s'en prend d'abord aux phlegmasies intermittentes que nous avons puisées dans les œuvres d'Hoffmann, de Stork, de Van-Swiéten, de Stoll, et nous dit que ces observations *n'offrent aucun caractère de processus phlogistique ;* il ajoute que *des élancements douloureux* ou de la *cuisson, une injection superficielle, une supersécrétion de larmes, etc., ne suffisent pas pour caractériser une véritable ophthalmie.* Remarquons d'abord ce mot *véritable !* Est-ce à dire qu'il y ait des inflammations fausses? des ophthalmies qui n'aient que le masque d'une inflammation? Mais alors le célèbre professeur de Bologne retombe dans l'absurdité des fièvres larvées.... D'ailleurs les quatre grands praticiens dont nous discutons les faits (et qui, sans aucun doute, à l'égard de ces faits, sont plus compétents que qui que ce soit pour les juger puisqu'ils les ont vus), ces praticiens, disons-nous, ont reconnu des *ophthalmies*. Ils ne disent pas, eux, que ce ne soient pas de *véritables* phlegma-

(1) *Dictionnaire de Médecine vétérinaire.*

(2) Phrase textuelle de M. Tommasini dans son *Traité de l'inflammation*, d'après les extraits qu'en a donné M. Piccolos dans le *Journal hebdomadaire de méd.* 1830.

sies ; seulement ils pensent que ce sont des fièvres intermittentes cachées sous la forme véritable d'une ophthalmie ; or, Stoll et Van-Swiëten, par exemple, savaient bien distinguer cette forme inflammatoire de la forme nerveuse, telle que la migraine, le tic douloureux de la face, etc., puisqu'ils ont également observé ces dernières maladies sous le type périodique, et qu'ils les ont très bien caractérisées d'affections nerveuses. Si donc ces praticiens ont donné aux faits dont il s'agit le nom d'ophthalmie, c'est évidemment parce qu'ils étaient alors moins difficiles ou moins scrupuleux que ne le sont aujourd'hui quelques médecins sur les vrais caractères de la phlegmasie proprement dite.

Libre est bien M. Tommasini d'élever *son processus inflammatoire* à une hauteur, à un degré d'intensité tels qu'aucune phlegmasie intermittente puisse y atteindre. Nous voudrions pourtant, afin de fixer nos idées sur son opinion à cet égard, qu'il voulût bien nous indiquer les caractères et tracer les limites de son *ophthalmie véritable !* Nous concevons déjà qu'il est difficile de porter la règle et le compas sur la membrane conjonctive pour apprécier les dimensions en épaisseur, en largeur, etc., qui doivent constituer le *processus phlogistique!* Quant à la rougeur inflammatoire, ne faudra-t-il pas également lui trouver quelques différences avec la prétendue *rougeur nerveuse?* Avouons que ces sortes de différences, que ces distinctions subtiles sont de bien faibles raisons pour étayer là-dessus une opinion contraire à celle de tous les médecins anciens et modernes : *contraire* à l'opinion des anciens, parce qu'ils ont admis des fièvres intermittentes cachées sous la véritable forme d'une ophthalmie ou de toute autre inflammation ; *contraire* à l'opinion des modernes, parce que, médecins physiologistes ou non, je ne sache pas qu'aucun, si ce n'est M. Bailly, ait jamais songé à distinguer les inflammations en *vraies* ou *fausses* pour se forger des armes contre la théorie physiologique des irritations intermittentes (1). Dans ses arguments, M. Bailly n'est pas moins subtil que M. Tommasini, et fait jouer un grand rôle au rouge de la pudeur et de la digestion ! Il dit en parlant des phlegmasies périodiques exter-

(1) Nous avons répondu en détail à toutes les objections et interpellations de M. Bailly dans nos *Réflexions sur la théorie physiologique des fièvres intermittentes et des maladies périodiques ;* contenant un examen critique du Traité anatomico-pathologique des fièvres intermittentes. In-8°, Paris, 1825.

nes, contenues dans l'*Essai sur les irritations intermittentes :* «Tous les faits rapportés par M. Mongellaz sont comparables à la *rougeur de la face* que certaines personnes éprouvent en mangeant ! » Une pareille allégation ne mérite pas une réponse sérieuse, d'autant plus qu'ailleurs le même auteur consent à admettre des phlegmasies intermittentes externes, sous la condition toutefois qu'elles seront *dépendantes* d'une affection des viscères, particulièrement du système nerveux abdominal : « Nous sommes persuadé, dit-il, que toutes les injections vasculaires intermittentes (observées à l'extérieur), tiennent primitivement à l'action d'un organe interne qui est affecté ; nous avons vu que le système nerveux abdominal pouvait exciter des ophthalmies intermittentes, etc. » Y aurait-il donc, d'après MM. Tommasini et Bailly, des ophthalmies qui ne seraient pas des ophthalmies, ou des ophthalmies *non inflammatoires*, des ophthalmies *nerveuses*, ou d'autres affections *simulant* des ophthalmies? Pour nous, à qui il n'a jamais été possible de voir des choses si merveilleuses, ou de faire des distinctions si subtiles, il n'est pas étonnant que nous n'ayons jamais su voir que des ophthalmies d'une nature sanguine ou inflammatoire.

Mais ce ne sont pas seulement nos exemples d'ophthalmies périodiques qui sont contestés par le célèbre professeur de Bologne; selon lui, tous les autres faits de phlegmasies intermittentes externes que nous rapportons ne sont pas mieux caractérisés... Au milieu de ces ophthalmies et de tous ces faits, il nous semble pourtant y en avoir quelques uns qui devraient satisfaire à toutes les exigences ; prenons, par exemple, l'ophthalmie intermittente tierce sous le nº 13. Ce fait présente le plus haut degré d'une inflammation de la conjonctive, puisque le praticien qui a vu et soigné la femme dont il s'agit (le docteur Arloing) nous dit positivement : « *La malade éprouvait les élancements les plus vifs* au fond de l'orbite ; l'œil était *tellement enflammé* qu'il y avait un *chemosis* qui *cachait presque la cornée transparente.* Les paupières étaient tellement *resserrées* qu'on les écartait avec peine pour examiner l'œil, qu'on était obligé de tenir dans l'obscurité ; des larmes chaudes et âcres coulaient abondamment sur la joue, etc. » Et pourtant l'intermittence était aussi complète que possible ; puisque, durant le jour intermédiaire aux accès ophthalmiques, les symptômes inflammatoires, ajoute-t-il, *étaient dissipés, l'œil se trouvait à peu*

près comme dans l'état sain. Que faut-il donc de plus pour constituer le *processus phlogistique italien*, et pour établir l'existence d'une véritable ophthalmie intermittente? Voilà, ce nous semble, un *fait avéré*, sur cent autres, et qui devrait faire *taire toute raison pathologique*, surtout quand ces raisons pathologiques se bornent à de subtiles et insaisissables distinctions! Nous ne ferons qu'une seule remarque relative au coryza et à l'otite périodiques. Il n'est pas question seulement de leur type intermittent, mais il ne s'agit de rien moins que de leur existence comme phlegmasie; en effet, M. Tommasini ne conteste pas la périodicité des exemples de coryza et d'otite que nous rapportons; il nie seulement que ce soient là des phlegmasies. Or, comme leurs symptômes caractéristiques sont absolument les mêmes que sous le type continu, nous laissons aux pathologistes plus habiles que nous le soin de convertir le savant professeur de Bologne; c'est aux ouvrages de MM. Roche, Sanson (1) et Boisseau (2) que nous nous en rapportons à cet égard. Nous reviendrons sur ce sujet à mesure que se présenteront les faits qui ont été l'objet d'une critique spéciale de la part de notre célèbre antagoniste. D'ailleurs, s'il est vrai, comme on peut s'en convaincre en lisant le *Traité de l'inflammation* et les *conférences cliniques* de M. Tommasini, qu'il reconnaisse déjà des *fluxions*, des *congestions sanguines intermittentes*, des *angiédè es périodiques;* s'il est vrai, comme il l'avoue, que l'angiédèse active *imite l'inflammation elle-même, et représente une condition pathologique de même genre, réveillée et entretenue par un excès de stimulus* (3); de quoi s'agit-il entre nous, si ce n'est d'une dispute de mots qui disparaîtra du moment que, de part et d'autre, on se rendra compte d'une manière rationnelle de faits identiques au fond, et qui ne diffèrent que par la forme ou le degré d'intensité de la lésion locale.

Qu'est-ce qui a été cause qu'on s'est tant récrié en 1820, quand nous avons considéré toute inflammation périodique, non plus comme une fièvre intermittente larvée ou dissimulée, mais comme une véritable inflammation avec le type intermittent; en

(1) *Nouveaux éléments de pathologie médico-chirurgicale*, 5 vol. in-8, 2e édit. 1829.

(2) *Nosographie organique*, 4 vol. in-8, 1828.

(3) *Journal hebdomadaire de méd.* tom. VIII. *Extrait des Conférences cliniques*, traduites par M. Piccolos.

un mot, quand nous avons uni franchement au mot inflammation l'épithète *intermittente* ? Pourquoi est-on allé jusqu'à nier des faits nombreux, évidents, antérieurs même pour la plupart à tous les débats amenés par la doctrine physiologique, jusqu'à soutenir enfin que l'*idée de phlegmasie* et *celle d'intermittence s'excluaient réciproquement* (1)? Le voici : c'est qu'en effet il paraissait y avoir, dans l'union dont il s'agit, une grande difficulté, d'après les idées trop générales et trop exclusives qu'on s'était faites jusqu'à nos jours de l'inflammation : unir l'intermittence à l'antique échafaudage de l'inflammation, voir se développer et disparaître en quelques heures toute cette série si compacte et si complexe de phénomènes de douleur lancinante et pulsative, de rougeur, de tuméfaction, de chaleur, etc., cela était difficile à concevoir dans bien des cas. Cependant des faits étaient là ; il fallait bien y avoir égard autrement que par une négative ! Celle-ci, de quelque part qu'elle vienne, est un argument trop faible, trop facile ou trop commode pour qu'il mérite quelque crédit ; aussi les esprits sensés et judicieux ont-ils dès lors compris qu'il fallait admettre ces faits et chercher à s'en rendre compte en décomposant ce factum complexe (l'inflammation), et composé d'éléments, *non pas hétérogènes*, puisque l'observation nous les montre chaque jour unis et tels qu'on les a reconnus de tout temps, mais d'éléments dissolubles, indépendants, et assez consistants par eux-mêmes pour exister seuls et individuellement. C'est ainsi que M. Brofferio, en 1823, publia à Turin un mémoire sur l'hémormèse, comprenant par ce mot un état morbide autre que l'inflammation, et composé seulement de l'afflux du sang vers un point quelconque de l'économie. Par ce mot, qui indique une sorte d'impulsion du sang, M. Brofferio n'a fait que rendre par une expression nouvelle la lésion organique appelée par nous irritation rouge, sanguine ou inflammatoire ; dans l'un comme dans l'autre cas il s'agit d'un afflux actif, c'est-à-dire avec appel du sang dans le point affecté d'hémormèse ou d'irritation sanguine.

C'est dans le même but que M. Tommasini a créé le mot *angiédèse*. Cette dénomination n'indique qu'une simple turgescence vasculaire ; c'est un état morbide qui, dit-il, fait toujours partie

(1) Bailly, ouvrage cité, et Guérin de Mamers, *Journal des progrès des sciences médicales*, tom. II.

de l'inflammation, mais qui peut exister par lui-même indépendamment de l'inflammation; c'est en quelque sorte le premier rudiment de cette dernière lésion organique, puisque dans tous les cas où il ne se dissipe pas promptement, il doit se *terminer par inflammation* ou par hémorrhagie. Le défaut du mot angiédèse, selon nous, est d'exprimer seulement la turgescence ou le boursouflement des veines, tandis que M. Tommasini l'applique dans tous les cas où il y a engorgement sanguin : ainsi une apoplexie revenant par accès, une ophthalmie intermittente, sont pour lui des angiédèses périodiques ; et pourtant ce n'est pas seulement la dilatation ou la turgescence des veines qui rougit alors la conjonctive et comprime le cerveau ; il y a un engorgement commun de tout le système veineux et artériel des parties affectées. Dans ces cas, l'expression de M. Brofferio nous paraît préférable sous deux rapports : 1° parce qu'elle ne limite pas l'engorgement aux veines ; 2° parce qu'elle indique une action, une impulsion du sang, tandis que M. Tommasini, pour faire exprimer la même idée au mot angiédèse, est obligé de lui ajouter l'épithète *active*.

M. le professeur Andral, en décomposant l'inflammation, nous a donné *l'hypérémie,* expression analogue à celle de M. Tommasini, mais qui vaut mieux en ce qu'elle ne limite point à tels ou tels vaisseaux engorgés la cause de la rougeur morbide. Toutefois, cette expression est loin d'être satisfaisante, parce qu'elle exprime seulement une coloration de tissu plus grande que de coutume ; et dans cette supposition, le rouge de la colère ou de la pudeur serait une hypérémie comme la coloration instantanée d'un tissu érectile, comme la rougeur de certaines taches cutanées qui pourtant ne constituent point des états morbides. D'ailleurs ce mot *hypérémie* n'indique ni mouvement, ni impulsion quelconque du sang ; il ne dit rien par lui-même de ce qui se passe dans le lieu atteint de rougeur ; on est obligé, pour rendre tout cela, d'avoir recours à beaucoup d'explications et de distinctions qui, dans tous les cas, reviennent à faire concevoir diverses nuances d'inflammation ; on est obligé de se servir à tous moments des épithètes *sthénique* et *asthénique* (1),

(1) M. Andral, quand il s'agit des affections de l'*innervation*, veut qu'on bannisse en quelque sorte les épithètes dont il s'agit ; pourquoi ne penserait-il pas de même dans les affections du système sanguin ? « Pour s'expliquer les

active et *passive* dont il est si facile d'abuser; dont le sens, mal défini, a été cause déjà qu'on a tant disputé sans s'entendre dans leur application aux hémorrhagies et aux hydropisies. N'y aurait-il que ce motif, il est suffisant, ce nous semble, pour répudier cette expression nouvelle qui ne dit rien par elle-même et sans l'addition des épithètes dont il s'agit, lesquelles soulèveraient encore, au sujet de l'hypérémie, des difficultés et des débats avec lesquels il serait bientôt temps d'en finir. En définitive, à quoi aboutissent toutes ces dénominations nouvelles, tous ces travaux relatifs à de nombreuses divisions, à de pénibles et insaisissables distinctions pour lesquelles on a aujourd'hui une si grande prédilection? à rien d'important pour la science, tandis qu'on nous surcharge la mémoire d'expressions nouvelles dont il faut étudier, chercher, deviner le sens! Tout cela ne tend-il pas à embrouiller ce que la théorie de l'irritation commençait à éclairer et à simplifier? et ne dirait-on pas qu'on veut à tout prix écarter l'*irritation*? Sans doute cette expression si caractéristique, et qui joue un si grand rôle dans la doctrine physiologique, peut déplaire aux médecins qui auraient quelque tendance à s'ériger en réformateurs. Mais il est bien difficile, pour ne pas dire impossible, qu'on puisse lui en substituer une autre qui la remplace; aussi, jusqu'à ce jour du moins, est-ce toujours le seul terme générique qui exprime une sorte de vie, de mouvement, de trouble, de surcroît d'action organique, sans lesquels les mots ne diront jamais rien en pathologie, parce qu'il y a de la vie et du mouvement dans tous les phénomènes morbides quels qu'ils soient. « Il n'importe pas de déterminer si tel ou tel groupe de lésions doit être ou non rapporté à ce qu'on appelle une inflammation; mais ce qu'il importe, c'est de bien établir chacune de ces lésions; c'est d'essayer de remonter à leur cause, de pénétrer leur nature (1). » Hé bien! si c'est là une vérité incontestable qu'énonce M. le professeur Andral, c'est aussi, selon nous, l'écueil contre lequel vont se briser toutes les dénomi-

grandes modifications de l'innervation, dit-il, il ne faut chercher bien souvent ni force, ni faiblesse; en se débattant dans cette éternelle dichotomie, en prenant tour à tour, comme l'expression de toute la vérité, tantôt le premier, tantôt le second de ces termes, on a été certainement au delà de ce que montrent les faits, et l'on n'a pas vu qu'on admettait, également par *hypothèse, l'état sthénique comme l'état asthénique,* etc. » (*Clinique médicale,* tom. III, 2e édition, 1830.)

(1) Andral, *Anatomie patholique*, tom. I.

nations nouvelles d'*hémormèse*, d'*hypérémie*, d'*angiédèse*, parce qu'elles ne font que faire entrevoir tant bien que mal une lésion particulière et indépendante de l'inflammation; elles ne font qu'exprimer le fait de la congestion sanguine, de la rougeur locale, *sans remonter à la cause et sans pénétrer la nature* de la lésion organique dont il s'agit; par le mot *irritation* au contraire, on comprend d'abord une lésion locale causée par un stimulus quelconque; et, en y ajoutant les épithètes sanguine, inflammatoire, subinflammatoire ou lymphatico-sécrétoire, nerveuse, hémorrhagique, on peut facilement se rendre compte de la nature à la fois simple ou complexe de telle ou telle lésion, consistant, soit dans une congestion sanguine seulement, soit dans une inflammation plus ou moins profonde, soit dans un surcroît d'action du système lymphatico-exhalant avec ou sans congestion, avec ou sans épanchement de fluides blancs, soit dans une stimulation du système nerveux, soit enfin dans une surexcitation du système capillaire rouge avec effusion sanguine. C'est ainsi qu'un seul mot, avec quelques épithètes fort simples, peut embrasser à lui seul toute la pathologie, et peut indiquer à la fois la cause et la nature d'un grand nombre de lésions différentes.

D'après tout ce que nous venons de dire, on voit que nous ne sommes pas encouragés à distinguer péniblement et à reconnaître des angiédèses, des hypérémies et des hémormèses intermittentes, soit parce que ces expressions nouvelles sont bien moins heureuses et bien moins convenables pour indiquer les diverses nuances d'inflammations périodiques que les expressions déjà consacrées par la doctrine physiologique, soit enfin parce qu'elles ne pourraient embrasser qu'un très petit nombre des affections susceptibles de revêtir le type intermittent. Revenons donc à l'histoire des irritations sanguines et périodiques externes dont nous devons achever le tableau, avant d'exposer les faits nombreux qui viennent à l'appui de tout ce que nous disons.

A l'extérieur du corps, comme dans les viscères, ce sont toujours les organes dont les fonctions présentent des intermissions très sensibles, qui sont les plus enclins aux phlegmasies périodiques; tels sont les organes des sens, les membranes muqueuses oculaire, nasale, auriculaire et cutanée; tels sont aussi les organes de la locomotion, principalement les tissus musculaires et fibro-séreux des articulations.

Les causes prédisposantes et efficientes des inflammations intermittentes externes sont toutes celles qui concourent à leur développement sous le type continu. Le tempérament sanguin, un état pléthorique, les contrastes de chaud et de froid, d'exercice et de repos, *et vice ver â;* les variations brusques souvent répétées dans la constitution atmosphérique, l'exercice trop prolongé de certains organes, l'exposition à une chaleur ou à un froid excessif, l'impression irritante quelconque d'un corps solide, liquide ou gazeux, la suppression d'un flux sanguin ou d'un émonctoire accoutumé. Il n'est point rare que les irritations périodiques externes, particulièrement les phlegmasies cutanées et articulaires, reconnaissent une cause interne et se répètent périodiquement sous l'influence d'une gastrite ou d'une gastro-entérite intermittentes. D'autres fois elles sont le résultat du déplacement de certaines phlegmasies qui de l'intérieur se portent à l'extérieur du corps, par une espèce de mouvement critique. Les causes des phlegmasies périodiques externes sont en général assez évidentes; cependant il arrive quelquefois qu'on ne sait point à quoi les attribuer; elles ont cela de commun avec beaucoup d'affections continues dont on ignore également les causes. Quand cette circonstance se présente pour la phlegmasie intermittente externe, ce n'est donc pas une raison de supposer alors une fièvre intermittente *cachée* qui en serait le mobile, ni une prétendue lésion des voies digestives dont rien ne fait soupçonner l'existence. Voilà ce que nous avons dit en 1821, et nous ne comprenons pas pourquoi, en 1835, on nous fait dire autre chose. Nous trouvons, dans la *Pathologie générale* de M. Dubois d'Angers, cette phrase: «Suivant M. Mongellaz, les phlegmasies intermittentes trouvent leur cause dans l'existence antérieure d'une fièvre d'accès ou d'une fièvre intermittente.» N'est-ce pas évidemment le contraire de ce que nous avons toujours écrit? Nous avons dit seulement que des phlegmasies intermittentes externes comme la goutte, l'érysipèle, par exemple, *pouvaient* se développer sous l'influence d'une affection concomitante des viscères, surtout gastriques, ou si l'on veut d'une fièvre intermittente, quand les symptômes auxquels on reconnaît cette fièvre, dépendent d'une gastrite périodique. Il y a loin de là à l'opinion que nous prête M. Dubois, et cet écrivain distingué est trop lu pour que nous ayons pu passer sous silence une petite erreur dans ce peu de mots qu'il daigne nous consacrer.

Les symptômes des inflammations intermittentes externes sont semblables à ceux qui caractérisent les mêmes affections quand elles sont continues. Il y a également douleur, afflux de sang, et par suite rougeur, tuméfaction et chaleur plus ou moins marquées ; ce n'est pas à dire que ces quatre symptômes caractéristiques d'une inflammation phlegmoneuse, existent toujours et d'une manière aussi prononcée pour toute espèce de phlegmasie périodique ; ils doivent nécessairement varier suivant la texture du tissu enflammé. La tuméfaction manque assez souvent, ou du moins n'est pas toujours sensible à l'œil et au toucher. La douleur et la rougeur sont assez ordinairement les seuls symptômes que l'on puisse saisir dans la plupart des phlegmasies de la muqueuse oculaire, nasale et auriculaire. Il y a des affections goutteuses et rhumatismales où la douleur et le gonflement se font seuls remarquer ; quelquefois même la tuméfaction n'est pas sensible à l'extérieur; elle n'est indiquée que par la roideur et la difficulté du mouvement, par l'impossibilité même où sont parfois les muscles et les articulations d'exercer leurs fonctions. Il y a des phlegmasies intermittentes de la peau qui sont très superficielles ; la douleur s'y trouve bornée à un sentiment de démangeaison et de fourmillement ; la rougeur est faible et disséminée par plaques plus ou moins étendues, et qui changent souvent de place, comme dans certains cas d'engelures, de fièvres ortiées ou d'urticaires et d'érythèmes cutanés ; d'autres fois l'inflammation est plus profonde et sous forme de vésicules entourées d'une auréole rouge comme dans le pemphigus. Il n'est pas rare aussi que l'inflammation ne dépasse la peau et ne gagne le tissu cellulaire sous-cutané, comme dans certains cas d'érysipèle, dans certaines fluxions ou congestions inflammatoires périodiques, dans lesquels tous les caractères de l'inflammation sont assez prononcés : la partie affectée est rouge, gonflée, tendue, douloureuse ; c'est surtout à la face et aux seins que ces fluxions intermittentes se font remarquer à un degré aussi élevé; dans les cas de ce genre qui ont été observés, l'intensité de la fluxion sanguine et de tous les phénomènes inflammatoires n'a point interrompu la marche périodique de la phlegmasie ; on a vu chaque accès inflammatoire se développer et se terminer assez rapidement, sans doute à cause de la réaction vive et de la grande vitalité dont jouissent la peau et le tissu cellulaire sous-cutané dans les parties dont il s'agit. Il y a même des faits où tous les symp–

tômes de l'inflammation phlegmoneuse se trouvaient réunis et portés à un très haut degré, et qui n'ont pas moins présenté une marche périodique bien marquée, à cause de cette tendance vers le retour à l'état normal que l'économie présente à un si haut degré dans les maladies intermittentes en général.

Nous ne devons point nous arrêter à décrire en particulier chaque espèce de phlegmasie intermittente externe; leur physionomie est d'ailleurs en tout semblable à celle des phlegmasies continues qui attaquent les mêmes organes, sauf la circonstance d'une marche rapide précédée de frisson, et d'une prompte terminaison annoncée par des sueurs, puis de leur retour à des époques déterminées. Mais la circonstance du frisson au début, et de la sueur à la fin, est loin d'être aussi constante et de se montrer aussi régulièrement que dans les fièvres intermittentes. Au reste, les symptômes qui caractérisent les accès des phlegmasies périodiques externes, varient, comme pour les inflammations continues, suivant le mode d'action des causes, suivant la position et la structure des parties affectées, suivant la constitution et le degré d'irritabilité des malades.

Persuadé que le meilleur moyen de faire connaître cette variété de symptômes consiste à réunir les histoires les plus détaillées et les plus complètes qui se trouvent disséminées dans les annales de la science, nous avons fait ce choix avec une scrupuleuse exactitude, et en donnant, autant que possible, la préférence aux faits anciens, à ceux observés par des praticiens recommandables, par ceux qui sont à la tête des hôpitaux, et même par les médecins dont les opinions médicales s'éloignent plus ou moins des principes de la doctrine physiologique. Partout et toujours nous avons pris les faits pour base de notre travail, bien persuadé que c'est le moyen le plus sûr à la fois et le plus simple de porter la conviction dans les esprits. C'est ainsi qu'au lieu de faire ici un tableau idéal de chaque phlegmasie intermittente, nous attendons d'avoir mis sous les yeux des histoires particulières, avant de décrire les symptômes caractéristiques de chacune d'elles; ce que nous ferons en analysant les principaux faits dont il s'agit.

Ce qu'il y a de certain dans le pronostic des phlegmasies intermittentes externes, c'est qu'elles sont toujours moins à craindre que les phlegmasies continues. Il est, en effet, bien facile à concevoir qu'un tissu qui ne reste rouge, gonflé, douloureux,

que pendant quelques heures ou un jour, par exemple, et qui reprend son état normal pendant un certain temps, avant d'être affecté de nouveau de la même manière, il est facile à concevoir, dis-je, qu'en pareil cas l'organe malade est soumis à des chances d'altération organique et de désorganisation bien moins probables, moins faciles et moins dangereuses, qu'un organe qui souffre et reste enflammé pendant plusieurs jours consécutifs. Le pronostic des inflammations périodiques externes est donc en général plutôt bon que mauvais. Il se trouve, dans tous les cas, subordonné à l'intensité des symptômes locaux, au degré d'irritabilité et d'importance des organes malades, et à la nature des complications qui peuvent exister. Quand ces inflammations sont accompagnées de fièvre, elles sont, en général, plus graves. Cette fièvre peut ne dépendre que de l'influence sympathique de l'irritation externe sur le cœur, le cerveau et l'estomac; mais l'irritation, d'abord sympathique, de ces derniers organes peut devenir idiopathique ou l'être déjà quand paraît l'irritation périodique externe ; dans tous les cas, il faut bien s'assurer de l'état des viscères, surtout de la muqueuse digestive ; car il n'est point rare, comme nous l'avons dit, qu'une gastro-entérite rémittente ou intermittente, idiopathique ou sympathique, coïncide avec les phlegmasies périodiques externes, principalement avec celles de la peau et des articulations. Tout le danger des phlegmasies intermittentes externes réside dans ces sortes de complications et dans la tendance que présente parfois l'irritation à se déplacer par un mouvement critique presque toujours nuisible et redoutable, puisqu'il tend à avoir lieu de l'extérieur à l'intérieur ou dans les viscères. Ainsi, quoique le pronostic d'une phlegmasie intermittente externe, en général, ne soit point mauvais, cependant il importe beaucoup de la guérir le plus tôt possible ; parce que, quelque peu grave que soit d'abord cette phlegmasie, elle peut le devenir dans les accès suivants par le déplacement et le transport dans les viscères de l'irritation inflammatoire externe. Il n'est pas rare que cette mutation ne s'opère surtout du côté du cerveau et de l'estomac, soit à cause de la mobilité très grande de cette espèce de phlegmasie, soit à cause de l'influence sympathique très fréquente qu'elle exerce sur les viscères dont il s'agit. M. Scoutetten rapporte l'exemple d'un simple phlegmon de la joue qui fut rapidement suivi de la mort par sa disparition qui causa une

encéphalite consécutive. On connaît la tendance de la goutte et du rhumatisme à se terminer par un déplacement funeste de l'irritation musculaire ou articulaire, sur le canal digestif. Nous avons vu, chez un homme de 75 ans, un accès de goutte devenir promptement mortel : l'irritation, s'étant portée dans l'estomac à la suite d'un repas très copieux, y causa une indigestion d'abord, et puis un reflux du sang au cerveau qui fut mortel.

Le traitement des phlegmasies intermittentes externes, comme celui de toutes les affections périodiques en général, se divise en deux temps bien distincts, celui de l'accès, et celui de l'intermittence, c'est-à-dire le temps pendant lequel sévit la phlegmasie, et celui où elle a cessé d'exister : dans le premier temps, les moyens antiphlogistiques seuls conviennent ; tantôt généraux, comme la diète, le régime, les boissons tempérantes, la saignée quand il y a un état fébrile et pléthorique bien marqué ; plus souvent locaux, comme les sangsues, les ventouses scarifiées, les applications émollientes ou rafraîchissantes ; quelquefois les révulsifs, comme les pédiluves sinapisés, les frictions irritantes à la peau, les vésicatoires volants, etc. Pendant l'intervalle des accès, on aura recours aux médicaments dont l'expérience a constaté l'efficacité pour rompre l'habitude morbide ou prévenir les accès suivants ; tels sont les diverses préparations de quinquina et plusieurs autres amers indigènes; puis d'autres remèdes dont le mode d'action, quoique différent, paraît pourtant remplir le même but, comme les stibio-opiacés, etc. Mais le moyen le plus sûr dans tous les cas, pour prévenir de nouveaux accès, c'est l'administration du quinquina ou du sulfate de quinine. L'efficacité de ce médicament paraît être d'autant plus grande que l'intermittence des phlegmasies est plus parfaite ; cependant des exemples de rhumatisme et de goutte observés par Fodéré et Rasori prouvent l'efficacité du quinquina alors même que la périodicité de ces affections n'est pas bien reconnue, et dans les cas où il y a seulement une rémittence sensible ou une intermittence peu régulière dans le retour des accès arthritiques. Il est certain toutefois que l'efficacité du quinquina est alors moins sûre que quand il y a une intermission parfaite entre les récidives des maladies dont il s'agit. C'est souvent faute de s'assurer de l'intermittence, ou seulement de la rémittence périodique des accès de goutte et de rhumatisme, qu'on néglige un moyen de guérison aussi efficace que le sulfate de quinine dans plusieurs de ces

affections dont on ne peut débarrasser les malades. Mais il ne faut jamais oublier que, dans tous les cas possibles, l'efficacité du quinquina est aussi d'autant plus assurée, qu'on aura attaqué plus vigoureusement durant les accès les symptômes inflammatoires par le traitement antiphlogistique, les saignées générales et surtout locales. Il ne faut jamais se jouer avec un accès de goutte et de rhumatisme dans l'idée qu'il n'y a que de la douleur et point de danger pour les malades, parce que ce danger peut survenir au moment où l'on s'y attend le moins. Ainsi, règle générale, il faut promptement combattre les accidents inflammatoires, et administrer le sulfate de quinine aussitôt qu'on le peut, et par la voie la plus convenable. Dans tous les cas, les relations intimes qui existent entre les irritations intermittentes externes, surtout entre les phlegmasies périodiques de la peau, des muscles et du système fibro-séreux des articulations et les affections des organes de la digestion, imposent le devoir de surveiller constamment l'état de la muqueuse digestive avant l'ingestion du quinquina; si, par exemple, la langue était rouge et sèche, la soif vive, l'appétit nul ou vorace, l'épigastre douloureux à la pression, il faudrait bien se garder d'administrer ce médicament; car il n'y a pas à balancer entre la gravité d'une gastro-entérite imminente, et quelques retards apportés dans la guérison d'une phlegmasie externe, qui, en général, ne fait courir que peu de danger aux malades. Il faudrait, par un régime convenable, et au besoin par une application de sangsues à l'épigastre, par des applications émollientes et des lavements adoucissants, amener l'estomac à supporter parfaitement le mode d'action des amers. Dans les cas où cet organe conserverait une très grande susceptibilité, il serait prudent de n'administrer le quinquina ou le sulfate de quinine qu'en lavement. Enfin, dans les cas où les phlegmasies intermittentes, cutanées et articulaires ne sont qu'accessoires ou dépendantes de la lésion périodique et fébrile des organes digestifs, comme nous en rapportons plusieurs exemples, alors toute l'attention doit être dirigée du côté de ces organes, dans la distribution et l'application des moyens thérapeutiques. Voyons maintenant les faits que nous possédons relativement aux phlegmasies intermittentes externes; ils serviront à constater d'abord l'existence nullement douteuse de ces phlegmasies; puis leur histoire servira de complément à tout ce que nous avons dit sur leur nature, et la

marche plus ou moins régulière des phlegmasies intermittentes externes ; ces faits nous feront voir que la variété de leurs causes et de leurs symptômes n'a pas peu contribué à provoquer des variations assez remarquables sur l'étiologie et le diagnostic de ces maladies de la part des médecins qui les ont observées.

OBSERVATIONS QUI PROUVENT L'EXISTENCE DES PHLEGMASIES INTERMITTENTES EXTERNES.

Ophthalmie intermittente quotidienne. (Febris ophthalmico-cephalica.)

N° 1er. Hoffmann a observé un jeune homme, âgé de vingt ans, d'une faible constitution et né de parents scorbutiques, qui était sujet à des douleurs de tête, à des épistaxis fréquents, et à qui il survenait assez souvent des catarrhes et des coryzas. Ce jeune homme menait une vie sédentaire et se livrait avec trop d'ardeur à l'étude des lettres, lorsqu'il fut pris d'une douleur atroce dans les yeux, et d'une céphalalgie assez intense avec resserrement du ventre. Cette affection était périodique; elle revenait tous les jours de grand matin, avec rougeur des yeux et écoulement de sérosité âcre ou salée ; elle était précédée de frisson et suivie de la fréquence du pouls. Tous ces symptômes persistaient pendant environ six heures ; aprés ce temps, ils se dissipaient peu à peu, pour ne reparaître que le jour suivant. Aprés l'accés, le malade pouvait se livrer au sommeil et n'éprouvait aucun trouble dans ses fonctions digestives, si ce n'est qu'il ne pouvait prendre des aliments sans qu'il ne lui survînt, immédiatement aprés, des rapports. Cette affection singulière durait depuis un mois, et le malade avait fait usage inutilement d'un grand nombre de remèdes, anti-ophthalmiques, errhins, évacuants, céphaliques, lorsqu'il implora les soins d'Hoffmann, qui, par l'emploi de différents moyens adoucissants et calmants, locaux et généraux, parvint à dissiper cette affection, aprés huit jours de traitement; mais il resta au malade une taie qui lui interceptait, en quelque sorte, la lumière. Cette taie disparut aussi par la suite, et le malade fut complètement guéri. (*Opera omnia*, tom. II.)

Ophthalmie intermittente quotidienne. (Febris ophthalmica.)

N° 2. Van-Swieten rapporte qu'un homme sain, robuste, de moyen âge, était pris tous les jours, à la même heure, d'une douleur vive au dessus du trou orbitaire de l'œil gauche; cet œil commençait, quelque temps aprés, à rougir et devenait larmoyant. Il semblait alors au malade que cet organe était chassé peu à peu de l'orbite, et la douleur devenait si vive qu'elle le rendait comme furieux ; quelques heures aprés, ces accidents cessaient, et l'œil paraissait être dans son état naturel.

Ce praticien employa, mais en vain, la saignée, les purgatifs, les antiphlogistiques, les ventouses à la nuque, les vésicatoires.

S'étant trouvé un jour chez le malade, dans le moment où cette douleur venait de le prendre, il plaça le petit doigt sur l'artère située au grand angle de l'œil, où le malade disait ressentir alors une forte pulsation, et remarqua

en effet que les pulsations de cette artère étaient plus fréquentes et plus fortes que dans l'état sain ; tandis que l'artère brachiale, qu'il touchait en même temps de l'autre main, n'avait éprouvé aucun changement dans ses battements ordinaires. Il regarda cette affection comme une fièvre locale, pour la guérison de laquelle il employa le quinquina qui eut un heureux succès. (*Commentar. in Boerrh.* aph. 757.)

Autre ophthalmie quotidienne. (Febris sub larvâ ophthalmiæ.)

N° 3. Une fille âgée de trente-six ans ressentait, durant le mois de juin 1748, une douleur aiguë au côté gauche de la tête; cette douleur revenait périodiquement chaque jour à neuf heures du matin, et se terminait à quatre heures du soir; elle était accompagnée d'une abondante sécrétion de larmes, de la rougeur de l'œil du même côté, et d'une saillie considérable de cet organe hors de sa cavité. Les battements du pouls étaient comme dans l'état naturel.

L'affection dont il s'agit n'était ni précédée de frisson, ni accompagnée de chaleur générale et de soif, ni suivie de sueur. Les urines étaient naturelles; les fonctions digestives n'étaient pas dérangées, et la malade aurait mangé si la douleur qu'elle éprouvait le lui eût permis. Les diverses fonctions de sécrétion, de déjection, n'étaient point changées pendant les accès, ni par conséquent durant les intervalles d'intermittence; pendant ce dernier temps la malade était dans un repos parfait; elle dormait durant la nuit.

Strack, qui soignait la malade, profita du temps de repos pour administrer le quinquina qui ne tarda point à dissiper l'affection dont il s'agit.

Cet auteur rapporte encore un exemple analogue. (*Observ. medic., de febr. interm.*, obs. 25.)

Autre ophthalmie quotidienne. (Febris larvata.)

N° 4. Un paysan âgé de vingt-deux ans avait par intervalles, depuis quelques années, les yeux rouges et douloureux, surtout le droit, qui même, depuis peu, était affecté d'une taie.

Ayant fait usage, depuis cinq semaines, d'un onguent âcre, ce topique attira de la douleur, de la rougeur, et un larmoiement continuel des deux yeux, principalement du gauche. Cet homme, bien portant d'ailleurs, entra le 4 juin à l'hôpital.

Les sangsues appliquées sur l'œil le plus souffrant et un cataplasme discussif ne firent aucun bien. J'observai, pendant trois jours consécutifs, que les yeux devenaient douloureux chaque jour à une heure fixe, savoir à quatre heures après midi, et que la douleur durait jusqu'à l'aurore. Il n'y avait aucun vestige de fièvre; mais la langue était couverte d'une matière jaunâtre, et la face présentait une teinte de même couleur. Après lui avoir fait prendre pendant deux jours des potions salines, le 6 juin on lui donna l'émétique, et il rendit à plusieurs reprises beaucoup de bile jaune et tenace. Dès le soir même la douleur des yeux disparut, mais il persista de la rougeur. Le 7 au soir, nouvelle exacerbation de la douleur et de l'ophthalmie. Le 8, la langue et la face étant bilieuses, on redonna l'émétique qui excita une abondante évacuation de bile. Il n'y eut aucune exacerbation ce jour-là, ni les jours suivants. La rougeur indolente qui restait, fut dissipée par un vésicatoire que l'on appliqua près de l'œil. (Stoll, *Médecine pratique*, an. 1777, obs. 5.)

Ophthalmie et coryza avec type quotidien. (Fièvre intermittente pernicieuse ophthalmique.)

No 5. Le curé de Vernois, le sieur Verdel, d'une complexion forte et robuste, âgé de quarante ans, n'ayant jamais eu de maladies, éprouva, dans le commencement du mois d'août 1806, une fièvre dont chaque paroxysme était remarquable par l'inflammation des conjonctives et de l'extrémité des cartilages du nez. Cette ophthalmie et la rougeur du nez augmentaient et diminuaient avec la fièvre. Les accès, très inégaux quant à la force et à la durée, se faisaient sentir tous les jours à certaines heures; souvent ils commençaient le soir et duraient une grande partie de la nuit; ils ne se dissipaient qu'après des sueurs plus ou moins abondantes.

L'état fébrile, se compliquant de quelques symptômes d'embarras gastrique, tels que l'amertume de la bouche, la couleur jaune de la langue et son épaisseur, on donna l'émétique, en grand lavage, à la dose de six grains, sans obtenir aucune purgation. Vu ce peu de succès, on fit prendre une potion avec forte dose de jalap, de séné, de sulfate de magnésie, en dissolution dans suffisante quantité d'eau; il s'ensuivit des évacuations copieuses. Les sangsues furent appliquées autour des orbites; des vésicatoires placés derrière la nuque furent entretenus et renouvelés plusieurs fois dans l'espace d'un mois. Le malade fut mis au régime et à l'usage de différents collyres anodins, résolutifs et toniques. Mais, ayant reconnu que tous ces moyens étaient inutiles, on jugea à propos d'administrer le quinquina à la dose d'une once et demie en vingt-quatre heures; à l'aide de ce médicament l'inflammation des yeux et la fièvre disparurent, sauf une petite rougeur à l'œil droit seulement.

Après quelques jours, le curé ayant quitté toute espèce de régime, la fièvre, l'ophthalmie et la rougeur nasale reparurent avec plus d'intensité et avec le même type; le quinquina fut seul employé et guérit complétement le malade. (Colombot, *Mémoire sur une épidémie de fièvres intermittentes adynamico-ataxiques.*)

L'auteur profite de cette observation pour en faire une *nouvelle* espèce de fièvre intermittente *pernicieuse ophthalmique.* M. Richerand, dans le deuxième volume de sa Nosographie, troisième édition, parle d'une ophthalmie intermittente chez un enfant scrofuleux qui fut reçu à l'hôpital de la barrière de Sèvres. L'inflammation de la conjonctive, dit ce professeur, revenait et disparaissait tous les jours; elle fut guérie par la poudre de kina donnée à la dose de trois ou quatre gros.

Ophthalmie quotidienne.

N° 6. Je fus consulté, en décembre 1819, par un homme âgé de vingt-neuf ans, grand, blond, exempt de toute autre incommodité, même passagère, jusqu'à cette époque, pour une maladie des yeux qui, disait-il, le prenait chaque jour entre quatre et cinq heures après midi, par un léger frisson au cou et entre les omoplates. Ce frisson était suivi de céphalalgie sus-orbitaire, qui bientôt faisait place à une congestion inflammatoire sur l'un et l'autre œil, avec élancement dans l'orbite, picotement et sensation d'un corps étranger dans la conjonctive, et émission abondante de larmes brûlantes. Dans cet état de choses, qui durait de trois heures et demie à quatre heures, le malade ne pouvait regarder la lumière sans sentir augmenter ses souffrances. Au moment où je le vis, ses yeux étaient sains, à l'exception d'un léger engorgement des vaisseaux de la conjonctive, vers l'angle interne des deux yeux. Pour être

témoin moi-même de ce phénomène peu ordinaire, je me rendis à son domicile à l'heure indiquée de l'invasion ; le soir même je remarquai ceux que je viens de décrire.

La marche de l'affection bien reconnue pour être intermittente, je prescrivis trois gros de quinquina en poudre, divisés en six doses, pour être prises à trois heures de distance dans une once d'eau de fleur d'oranger pour chaque dose.

Le lendemain, l'accès d'ophthalmie ne parut qu'à huit heures du soir : il fut moins fort et ne dura que deux heures. Je fis la même prescription. Depuis ce moment, le malade n'a plus rien éprouvé, et ses yeux ont repris leur état naturel. L'usage du quinquina fut continué pendant trois jours après la cessation des accès, afin de prévenir leur retour possible. Une autre observation que j'ai recueillie ayant présenté la plus grande analogie avec celle qu'on vient de lire, je ne la rapporterai pas. Il existait entre elles une seule différence qui consistait dans l'absence des frissons précurseurs. (Lasserre, *Journal universel des Sciences médicales*, juillet 1821.)

Conjonctivite intermittente quotidienne.

No 7. Un soldat suisse, d'une constitution robuste, est admis à l'hôpital militaire de Namur, le 21 mai dernier, pour y être traité d'une conjonctivite. Pendant son séjour à Anvers il avait été long-temps en proie à la fièvre intermittente endémique dans cette ville, et y avait contracté, six ans auparavant, une forte ophthalmie, qui laissa pour traces la perte des cils de la paupière inférieure gauche et une taie au-dessous de la pupille. Lorsque je le visitai le matin, il n'existait que peu de rougeur et de sensibilité à l'organe malade. Je me contentai de le faire bassiner avec de l'eau froide ; mais le soir, il était vivement enflammé, fort douloureux et refusant le contact de la lumière, même la plus faible. Le pouls était accéléré, la peau chaude, et il y avait de la rougeur à la langue et de la soif; on fit une large saignée du bras. Le lendemain matin, l'œil était dans le même état que la veille à la même heure ; j'appris alors du malade que, depuis plusieurs jours, les choses se passaient de la même manière ; que c'était le soir seulement que les douleurs oculaires étaient fortes; que, se déclarant vers les quatre heures après midi, elles augmentaient d'intensité jusque vers huit à neuf heures; qu'alors elles diminuaient et s'éteignaient progressivement, pendant que des sueurs coulaient avec abondance.

Bien persuadé dès lors que la congestion était intermittente, je n'aurais pas balancé à l'attaquer incontinent par le sulfate de quinine, dont rien ne contre-indiquait l'emploi, si je n'avais pas pensé donner plus de poids à mon diagnostic, en attendant la confirmation d'un troisième accès et en prolongeant l'observation encore pendant vingt-quatre heures.

Mais les choses se passèrent comme le malade nous l'avait prédit : l'accès revint dans l'après-midi avec le même cortége de symptômes que la veille, et pendant sa durée je fus forcé de placer des sangsues autour de l'organe phlegmasié. Aussitôt après sa terminaison, j'administrai vingt-quatre grains de sulfate de quinine à prendre deux grains d'heure en heure. L'accès ne revint plus ; la rougeur se dissipa en peu de jours ; aucune douleur ne se fit ressentir, et la sortie fut accordée le 1er juin suivant. (Fallot, *Journal compl. des Sciences méd.* 1829.)

Autre conjonctivite avec le type quotidien et quarte.

N° 8. Le 21 janvier, je fus appelé auprès de madame C***, âgée de trente-huit ans, sujette à des spasmes variés ainsi qu'à des douleurs de tête parfois assez intenses, particulièrement aux approches et pendant l'éruption menstruelle. Cette dame avait été prise le matin d'une douleur très vive à l'œil droit, douleur qu'elle attribuait à la migraine. Cet état de souffrance persista avec la même intensité toute la journée du 20, et se dissipa complètement à dix heures du soir.

Le 21, à dix heures précises, la malade fut obligée de se mettre au lit, les douleurs qu'elle éprouvait étaient intolérables. Je la vis dans l'après-midi et la trouvai dans l'état suivant : coucher en supination, face animée, œil droit gonflé, faisant saillie en dehors; conjonctive et paupières rouges; soif, bouche sèche; langue légèrement blanchâtre sur toute son étendue; inappétence; respiration normale. Ce fut en vain que je cherchai à m'assurer du nombre de pulsations de l'artère radiale, elles étaient imperceptibles, mais très fortes et très fréquentes à la temporale (102 à 103).

D'après les phénomènes ci-dessus énoncés, je crus avoir à combattre une grave ophthalmie de l'œil droit; en conséquence je prescrivis un traitement approprié, et notamment une forte saignée du bras. Cette médication n'apporta aucun soulagement; les symptômes ne disparurent que vers neuf heures. La nuit qui suivit fut assez calme, mais à dix heures du matin tous les symptômes décrits reparurent, pour se dissiper de nouveau entre neuf et dix heures du soir. Le 23, nouveau paroxysme. Cette succession régulière ne pouvait me laisser aucun doute sur le caractère de la maladie. Je n'ai pas cru devoir insister sur les antiphlogistiques, mais bien recourir au moyen spécifique propre à combattre le *principe morbide* que quelques praticiens désignent sous le nom de *génie* intermittent.

Le 24, je prescrivis dix grains de sulfate de quinine dans cinq onces de liquide. La moitié de cette potion fut prise à six heures du matin, et l'autre moitié en deux fois, de deux heures en deux heures. L'accès de ce jour ne fut pas entièrement supprimé, seulement il fut moins intense que les précédents; il retarda jusqu'à près de quatre heures, et à huit il fut terminé.

Les 25 et 26, même dose de sulfate de quinine. Pendant ces deux jours l'accès ne reparut pas; il revint le 27. Ce jour, dès que l'accès fut passé, la malade prit vingt grains de sulfate de quinine en lavement. A peine fut-il introduit dans le rectum, qu'il produisit pendant quelques minutes une sensation de brûlure. A dater de ce moment, la maladie a été terminée. (Bompard, *Lancette française*, 1829.)

Conjonctivite intermittente quotidienne.

N° 9. B... potier de terre, âgé de soixante-huit ans, d'une constitution robuste et pléthorique, s'était toujours assez bien porté, lorsque, dans la dernière moitié du mois d'août, il fut pris d'un léger catarrhe pulmonaire qui fut bientôt suivi de coryza et d'une violente céphalalgie sus-orbitaire. Cet homme continua néanmoins son travail, espérant que le mal qui le tourmentait disparaîtrait bientôt, parce que, ne souffrant que le matin, il pouvait continuer à s'occuper le restant du jour. Mais la céphalalgie, au lieu de diminuer, devint plus violente et ne tarda pas à s'accompagner de rougeur, de larmoiement et de douleur à l'œil droit. Chaque accès commençait régulièrement à huit heures du matin par un léger frisson; et une sueur abondante avec soif ardente, termi-

nait l'accès vers midi. Avec le froid, il survenait une violente douleur pulsatile qui, partant du trou sus-orbitaire droit, s'étendait dans toute la partie droite du front et quelquefois à la partie supérieure droite et jusque dans les dents; en même temps toute la conjonctive de l'œil droit acquérait une couleur rouge intense; la sécrétion des larmes augmentait; le malade fuyait la lumière. Pendant ce temps, l'œil gauche n'était nullement affecté; la pituitaire était sèche. La douleur que le malade éprouvait dans l'œil droit était si intense qu'elle était intolérable. Tous ces accidents locaux disparurent avec les phénomènes fébriles, de telle sorte que l'après-midi et le soir l'œil n'était plus malade. Une saignée du bras, l'éloignement de la lumière pendant l'accès, des fumigations et des cataplasmes émollients, le repos, l'usage interne des médicaments diaphorétiques, enfin l'application de sangsues à la tempe furent employés sans succès jusque vers le milieu du mois de septembre. La douleur s'étendit au contraire vers le sourcil gauche, et les accès se prolongèrent jusqu'à deux heures après-midi; enfin l'augmentation toujours croissante des accidents engagea l'auteur (M. Dubreuil) à faire prendre toutes les trois heures, pendant le temps de l'apyrexie, deux grains de sulfate de quinine, qui firent disparaître en deux jours tous les phénomènes locaux et généraux. Le sulfate de quinine fut continué pendant quelques jours pour consolider la guérison. (*Bulletin méd. du Midi.* 1837.)

Autre avec le même type.

N° 10. Le docteur Heuter, de Marbourg, rapporte aussi un exemple d'ophthalmie intermittente quotidienne chez un potier de terre, âgé de soixante-huit ans, d'une constitution robuste et pléthorique. Cette ophthalmie fut précédée d'un léger catarrhe pulmonaire et d'un coryza; elle commençait régulièrement à huit heures du matin par un léger frisson et la céphalalgie; une violente douleur pulsative se faisait ressentir dans la région sus-orbitaire et toute la conjonctive de l'œil droit acquérait une couleur rouge intense; la sécrétion des larmes augmentait; la lumière était insupportable; la pituitaire était sèche, et une douleur vive, compressive et insupportable se faisait ressentir daus l'œil affecté. La chaleur succédait au frisson, et une sueur abondante avec soif ardente terminait l'accès vers midi.

Tous les accidents locaux disparaissaient avec les phénomènes fébriles, de telle sorte que depuis midi l'œil ne présentait plus aucun indice d'inflammation. Une saignée du bras, l'éloignement de la lumière pendant les accès, des fumigations et des cataplasmes émollients, le repos, l'usage interne de médicaments diaphorétiques, enfin l'application des sangsues à la tempe, furent employés sans succès pendant quelque temps. Alors on administra le sulfate de quinine, à la dose de deux grains toutes les trois heures pendant le temps de l'intermittence; ce moyen a suffi pour prévenir de nouveaux accès ophthalmiques. (*Journ. v. Graefe*, 1828.)

Iritite intermittente quotidienne.

N° 11. Un homme de la ville de Foggia, âgé de trente-quatre ans, d'un tempérament sanguin et irritable, était atteint de vérole constitutionnelle, lorsqu'il fut saisi d'une violente douleur oculaire et occipitale qui offrait des exacerbations régulières tous les soirs. Les mercuriaux avaient été inutiles, et il en était résulté une iritis bi-latérale assez intense à l'occasion de quelques imprudences hygiéniques. M. Quadri ayant été appelé, prescrivit d'abord, mais inutilement, les remèdes connus, savoir les antiphlogistiques,

les révulsifs et le calomélas sous différentes formes. Ayant remarqué cependant que la phlogose irienne offrait une périodicité nocturne bien marquée, M. Quadri n'a pas hésité à attaquer la maladie par le sulfate de quinine. Il a donc ordonné vingt grains de ce remède à prendre en plusieurs fois dans les vingt-quatre heures. On l'a continué pendant quelques jours. A l'aide de ce moyen, le mal de tête s'est dissipé, et l'iritis a guéri avec une promptitude étonnante. (Il Severino, *Giornale medico chirurgico.*)

Iritite et iralgie rémittente et intermittente, type multi-quotidien.

N° 12. M. B., âgé de soixante ans, a été opéré en juin de la cataracte par abaissement. L'opération fut suivie d'une inflammation assez intense du globe de l'œil, mais surtout de douleurs vives; cependant le malade voyait bien vers la fin d'août, les accidents s'étant calmés, quand à la suite d'un coup d'air se manifesta l'iritis, compliquée de névralgie sus-orbitaire. Je fus appelé près de lui pour remplacer le chirurgien qui l'avait opéré, et que des circonstances particulières retenaient éloigné. La saignée du pied, les sangsues en grand nombre vers la tempe, les dérivatifs sur le canal intestinal, n'amenèrent qu'un très faible soulagement. Les douleurs iralgiques étaient atroces, lancinantes, et se répétaient par accès de deux heures en deux heures, avec une régularité manifeste; la nuit, elles étaient plus aiguës, plus acerbes; le malade ne pouvait dormir; un larmoiement âcre inondait son visage. J'avais parcouru tout le cercle de la médication antiphlogistique et calmante par les saignées et les collyres chargés d'opium, de thridace, le tout inutilement. Mon attention se fixa alors sur la périodicité des douleurs, sur leur cause qui remontait à la blessure et à une irritation des nerfs iridiens. Je pensai devoir employer le sel de quinine par la méthode endermique, et je fis appliquer deux fois six grains de cette substance sur la surface vive d'un vésicatoire placé à la nuque. L'effet fut décisif et prompt, et le malade passa les deux nuits qui suivirent chacune des applications de quinine dans un calme presque complet; du moins eut-il des intervalles de six à huit heures sans douleur. Le vésicatoire s'était recouvert d'une couenne blanchâtre, l'absorption fit défaut, et les douleurs reparurent avec une intensité croissante. J'essayai le sulfate de quinine en lavements, à la dose de douze grains; il détermina un état de priapisme douloureux et de la constipation. Alors réfléchissant à la distribution du rameau naso-lombaire de la branche nasale de l'ophthalmique sur la muqueuse des voies olfactives, je pensai devoir agir par cette voie directe, et je formulai la poudre errhine suivante : sulfate de quinine, six grains; poudre de sucre, un gros; poudre d'iris, demi-gros. Je recommandai au malade d'en prendre de petites prises le soir. L'effet fut encore manifeste; et l'iralgie nocturne se calmait et laissait au malade un repos assez long chaque fois qu'il prenait le soir une ou deux prises de ce mélange. (Bourjot-Saint-Hilaire, *Gazette médicale de Paris*, 1836.)

Ophthalmie intermittente tierce. (Fièvre larvée de l'auteur.)

N° 13. Mademoiselle D***, âgée de cinquante ans, d'un tempérament bilieux, bien constituée, était depuis long-temps sujette à une inflammation de l'œil gauche. Elle me fit appeler le 2 mai 1804, vers les dix heures du matin, ne pouvant plus résister à la douleur que lui causait son œil, qui était tellement enflammé qu'il y avait un chémosis qui cachait presque la cornée transparente. Celle-ci était trouble, et la malade distinguait à peine les objets. Elle

éprouvait les élancements les plus vifs au fond de l'orbite; elle était obligée de se tenir dans l'obscurité, et des larmes chaudes et âcres coulaient abondamment sur la joue. Les paupières étaient tellement resserrées qu'on les écartait avec peine pour examiner l'œil. (Sangsues aux paupières, pédiluves et applications émollientes.)

Le soir, il y eut un soulagement marqué, et le 3, tous les symptômes étaient dissipés, excepté un peu de rougeur à la conjonctive.

Le 4, à dix heures du matin, retour de tous les accidents décrits ci-dessus. Le 5, l'œil se trouvait à peu près comme dans l'état sain. Éclairé alors sur le véritable caractère de cette ophthalmie, j'interrogeai la malade, de qui j'appris que, depuis le commencement de sa maladie, elle avait eu un jour bon et un jour mauvais. Je proposai l'emploi du quinquina, que mademoiselle D*** refusa absolument, et dirigée par je ne sais quels conseils, elle prit un vomitif, se purgea et se fit appliquer un vésicatoire à la nuque. N'ayant retiré aucun avantage de ces moyens, pendant l'emploi desquels elle eut quatre accès semblables à ceux que j'ai décrits, elle revint à mon avis, prit une demi-once de quinquina pendant le jour intermédiaire, et le lendemain il n'y eut plus d'accès, au grand étonnement de la malade et de ses parents. (Arloing, *Journal général de médecine*, t. LVIII.)

Ophthalmie intermittente avec type, d'abord tierce, puis quintane, et enfin octane.

No 14. Une demoiselle âgée de seize ans, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, prenant un bain chaud dans la matinée du 8 juillet 1820, durant l'époque de ses règles, eut l'imprudence d'ouvrir le robinet d'eau froide et d'en recevoir le jet sur la tête. Dès cet instant les règles furent supprimées; quatre heures après, l'œil droit devint rouge et très sensible à la lumière. Un pédiluve chaud fut prescrit le soir pour rappeler les règles qui ne revinrent point; cependant la rougeur de l'œil diminua beaucoup vers le soir, et le lendemain elle disparut entièrement avec le retour des menstrues sollicitées par un bain de siége pris le 9 au matin. La jeune personne fut très bien pendant toute la journée et put s'occuper à lire.

Le 10, nouvelle imprudence; elle se lave plusieurs parties du corps avec de l'eau froide: les menstrues sont de nouveau supprimées et l'ophthalmie de l'œil droit revient avec plus d'intensité qu'auparavant; la rougeur de la conjonctive est très marquée, la malade éprouve dans l'œil un sentiment de douleur et de picotement; elle ne peut supporter la lumière. On applique aussitôt des sangsues à la partie supérieure et interne des cuisses; les règles ne reviennent point, les symptômes de l'ophthalmie diminuent, on tient l'œil en repos à l'abri de la lumière, et on le fait bassiner avec une infusion de mauve et de coquelicot.

Le lendemain 11, l'ophthalmie a disparu, l'œil se trouve parfaitement sain; la malade se croit entièrement guérie et ne pense plus à son indisposition, lorsque, le 14 au matin, la rougeur de l'œil droit reparaît sans cause connue, et tous les symptômes de l'ophthalmie se développent de nouveau. On s'en tient pour le traitement aux moyens locaux indiqués, et le 16, l'œil est à peu près comme dans l'état sain. On reconnait le caractère périodique de cette ophthalmie; mais ne voyant aucun danger pour la malade, on ne lui administre pas de quinquina, on s'en tient aux lotions émollientes et calmantes, on soustrait l'œil à la lumière et à toute impression irritante. Le 19, retour de l'ophthalmie, elle persiste jusqu'au 21. Ce jour l'œil paraît libre et

sain jusqu'au 24, époque à laquelle l'ophthalmie se montre encore pour se dissiper le lendemain et ne reparaître que le 30.

Enfin quelques traces de rougeur se font encore remarquer les 6 et 7 août, époque du retour des menstrues qui coulèrent avec abondance; l'ophthalmie disparut pour ne plus revenir.

Cette curieuse et intéressante observation m'a été communiquée par mon ami le docteur P. Burnier Fontanel.

Ophthalmie périodique, type quarte.

N° 15. Une jeune fille de vingt-huit ans, d'une bonne santé, fut prise sur la fin d'août d'un érysipèle bilieux qui provoqua l'inflammation de l'œil droit. L'érysipèle disparut bientôt par l'emploi des moyens convenables; mais la face resta enflée et la conjonctive injectée; ces accidents furent combattus par les vésicatoires et l'acétate d'ammoniaque. Le 7 septembre les parties étaient revenues à leur état normal. Neuf jours après, le 16, on m'appela de nouveau; les deux yeux étaient très douloureux depuis les cinq heures de l'après-midi; bientôt ils s'enflammèrent, devinrent rouges et douloureux; ces symptômes s'accompagnèrent de chaleur, d'inquiétude, d'accélération du pouls et d'une soif intense, sans être précédés néanmoins de frisson; bientôt vinrent des sueurs générales, et à dix heures du soir tous les phénomènes généraux avaient disparu. La nuit fut bonne, et le lendemain l'œil présentait à peine un peu d'injection, et une légère douleur dans les angles et le long des bords des paupières. Les fonctions digestives n'avaient pas été troublées, et l'écoulement mensuel avait eu lieu dix jours auparavant, à l'époque ordinaire. L'ophthalmie revenait toujours régulièrement le troisième jour, à cinq heures précises, durait cinq heures, et disparaissait ensuite, pour revenir au bout de trois jours.

J'ordonnai seize paquets de poudre de quinquina, d'un gros chaque, pour en prendre quatre les jours où il n'y avait point d'accès. Le 21 décembre, la chaleur et la soif ne reparurent plus, et il n'y eut qu'une légère douleur, avec un peu d'injection des conjonctives Le quinquina fut continué. Le 25 septembre, la douleur et la rougeur des yeux avaient disparu, seulement les jours d'accès il y avait encore le soir un peu de fièvre. Vers le milieu d'octobre, ces accès cessèrent à leur tour, et la malade fut entièrement rétablie. Parmi le grand nombre d'ophthalmies que j'ai observées, celle-ci est la seule qui ait affecté la forme périodique. (Schmidtmann, *journal de Hufeland,* juin 1831).

Ophthalmie intermittente, avec le type octane.

N° 16. Le docteur C. C. Hueter rapporte qu'un homme, âgé de trente ans, d'une poitrine délicate, s'occupait, depuis sa sortie du service militaire, à tisser dans une fabrique de toile de coton, après avoir passé quelque temps comme garçon dans un moulin, lorsqu'il fut attaqué, pendant l'hiver de 1826 à 1827, d'une ophthalmie continue violente. L'œil droit fut atteint d'abord, l'œil gauche le fut ensuite. Tous deux étaient fort rouges, causaient de fortes douleurs, et versaient beaucoup de larmes. L'inflammation ne tomba que quand il survint un accroissement de la sécrétion muqueuse; cependant l'œil droit resta toujours plus affecté que l'autre. Le malade n'employa rien autre chose que des lavages avec de l'urine. Peu à peu les symptômes inflammatoires disparurent complètement; mais l'œil droit, qui avait reçu une atteinte plus profonde, fut pendant trois mois encore atteint d'inflammation

tous les huit jours, c'était le vendredi, et de la manière suivante : après que le malade s'était mis tranquillement au lit et endormi, il était réveillé tout à-coup, entre deux et quatre heures du matin, par de violentes douleurs dans l'œil droit, qui commençait à larmoyer extraordinairement, rougissait et devenait douloureux à tel point que le sujet croyait que le globe oculaire allait sortir de l'orbite, quoiqu'en le regardant avec l'œil gauche il pût se convaincre que cet organe n'était point tuméfié. Ce qui lui était surtout pénible, c'était une sensation semblable à celle que produiraient des grains de sable qu'il sentait rouler sous les paupières, et qui l'obligeaient à essuyer l'œil, à le frotter et à l'ouvrir fréquemment, même à soulever la paupière supérieure afin d'éloigner ces corps étrangers. L'écoulement de larmes, augmenté par cette cause, ne diminuait que fort peu les accidents, qui persistaient toujours, et empêchaient toute la journée le malade de se livrer au travail. Vers le soir seulement les accidents diminuaient, au milieu de l'accroissement de l'épiphora; l'œil gauche lui-même, bien que sain, larmoyait également toute la journée, mais sans être d'ailleurs affecté d'une manière particulière. Le lendemain, l'œil droit était aussi sain que le gauche.

Dans l'hiver de 1827 à 1828, les accès d'ophthalmie subirent une modification : ils ne parurent plus le vendredi matin, mais le jeudi soir, lorsque la chambre était éclairée par la lumière artificielle. Incapable, à cause de l'aversion que lui causait la lumière, de rester dans une chambre éclairée, le malade se mettait au lit et passait toute la nuit sans dormir, à cause des violentes douleurs, du larmoiement , etc. La chaleur du lit rendait souvent les douleurs insupportables et l'obligeait de se lever. Vers le matin les symptômes disparaissaient, de telle sorte qu'il recouvrait une santé parfaite et pouvait reprendre ses travaux.

Au commencement du printemps les accidents reparurent encore comme précédemment, tous les vendredis matin et en suivant le même ordre qu'auparavant : l'inflammation de l'œil empêchait le malade de travailler pendant une seule journée, et il s'en inquiétait d'autant moins qu'il restait ensuite huit jours sans que ses yeux éprouvassent la moindre atteinte.

La marche intermittente de cette ophthalmie fut suspendue pendant quelque temps par une inflammation continue de l'œil gauche, occasionnée par une violente contusion; on ne lui opposa que les moyens réclamés par une ophthalmie traumatique, savoir : des laxatifs, des antiphlogistiques à l'intérieur et à l'extérieur, une faible solution de pierre divine avec un peu de teinture d'opium et de l'onguent gris pour faire des frictions sur la tempe gauche.

Après la guérison de celle-ci, le 23 mai, l'œil droit fut attaqué de nouveau comme auparavant. Examiné à la Clinique, il présentait des paupières légèrement rouges à leur surface externe; elles se fermaient et s'ouvraient très fréquemment et très rapidement; l'œil malade était inondé de larmes qui s'écoulaient sur les joues. La conjonctive palpébrale était très rouge et couverte d'une quantité considérable de petits points blancs et de lignes qui partaient des bords libres des paupières, passaient sur les tarses et paraissaient dus à un développement considérable des glandes de la conjonctive palpébrale. La conjonctive oculaire était également rouge, les vaisseaux sanguins très dilatés se dirigeaient en convergeant vers la cornée, sans cependant y pénétrer. La cuisson et le prurit étaient extrêmes. Le malade avouait cependant que les symptômes étaient beaucoup moins violents qu'à l'ordinaire; vers midi, ils disparurent entièrement. Le malade attribuait cet accès à la fatigue qu'il avait éprouvée en venant à la Clinique; cependant il en ressentit

une vive crainte, pensant qu'il reviendrait régulièrement comme auparavant. On lui prescrivit une infusion de racine de petite valériane, et un vésicatoire derrière l'oreille du même côté.

Le 27 mai, vers cinq heures après midi, l'œil gauche fut encore affecté subitement de prurit et de chaleur qui furent suivis bientôt non seulement d'un larmoiement très abondant, mais aussi d'une violente douleur au-dessus du sourcil qui disparut dans trois heures, après un écoulement considérable de larmes.

Le vendredi 30 mai, le malade appréhendait beaucoup le retour des accidents inflammatoires dont on a parlé précédemment, mais ils ne revinrent pas, et le malade ne tarda pas à sortir de la Clinique. Six mois après, le malade revint pour dire qu'il avait encore été attaqué d'un accès inflammatoire de l'œil droit, quelque temps après sa sortie de l'hospice, mais que cette attaque avait été la dernière. (*Graefs and Wallher's Journ.* 13e.)

Ophthalmie intermittente octane. (Fièvre ophthalmique octave de l'auteur.)

N° 17. La femme Jacquet, née Tournier, du village de Malbrans, et habitant celui de Trepot, vint me consulter le mardi 18 février de cette année. C'est une jeune personne de vingt et quelques années, d'un tempérament lymphatico-sanguin; son teint est coloré, son visage sali par quelques taches de lentigo. Son pays natal et celui qu'elle habite sont tous deux élevés et bien balayés par les vents. Près du dernier est une mare assez vaste, entretenue par des sources d'eau vive; mais cette cause possible d'insalubrité est hors du village, et d'ailleurs éloignée de la maison où demeure la malade. Enfin cette maison elle-même n'est point sous le vent de la pièce d'eau.

La consultante a eu mal aux yeux autrefois, mais sans que ces ophthalmies offrissent rien à remarquer. Nourrice depuis six mois, elle et son enfant se portaient à merveille quand, le samedi 13 février 1834, elle ressentit, sans cause connue, dans le courant de la matinée, une cuisson dans la partie inférieure de l'œil gauche. A l'examen cet organe offre une tache rouge sur la conjonctive du globe, au-dessous de la cornée diaphane. Dans la journée cette tache grandit, envahit toute la membrane oculo-palpébrale. Avec elle croît la douleur, qui s'étend aux parties voisines de l'orbite. En même temps la bouche devient empoisonnée; il survient du malaise, de l'insomnie; cependant il n'y a point eu de frissons d'abord, ni de chaleur notable ensuite. Le lendemain dimanche, les symptômes vont croissant : ils semblent stationnaires le lundi matin, décroissent le soir du même jour, et le mardi, pour se terminer entièrement le mercredi.

Les deux jours suivants, toutes les fonctions s'exécutent comme si rien ne se fût passé; mais le mardi 8, mêmes phénomènes qui offrent la même succession, le même siége et la même durée. Le troisième accès revient le samedi 15, avec cette seule mais bien singulière différence, que c'est cette fois l'œil droit qui se trouve affecté. Le 18, quand je vis la malade, l'accès commençait à décroître, ainsi qu'il l'avait fait invariablement les deux autres mardis. Cependant voici ce que l'œil présentait : rougeur intense, injection admirable de la conjonctive entière, sauf cette portion si ténue qui recouvre le petit segment du globe. Il semble à la malade que cet œil soit plus gros que le gauche; celui-ci n'est point enflammé. Au contraire de ce qui arrive aux autres ophthalmies, l'air cause une agréable sensation de fraîcheur.

Exploré, le pouls n'a rien de fébrile. A la fin de l'accès, il n'y a pas plus de sueur qu'il n'y en a eu aux précédents.

Il n'a été fait aucun remède jusqu'à présent. Voici les seuls que j'ordonnai : potion avec sulfate de quinine, 20 grains à prendre pendant les jours d'apyrexie; durant l'inflammation, collyre saturnin. D'ailleurs nulle tisane; régime ordinaire de la consultante, fors l'abstinence absolue du laitage. Quatre cuillerées seulement de la potion sont prises, à peu près dix grains de sel de quinine. Le quatrième accès ne se manifeste que par une légère rougeur à l'œil droit, et seulement le dimanche 23; puis, plus rien. L'eau blanche est seule employée contre ce reste de phlogose. Tout enfin rentre dans l'ordre qui n'a été troublé ni hier, ni aujourd'hui. C'est la femme Jacquet elle-même qui vient, à mon instante prière, m'apporter cette nouvelle en se prêtant à mes derniers examens. Le nourrisson n'a rien ressenti de ce qui s'est passé. (P. Meynier, *Gazette médicale de Paris*, 1834.)

Ophthalmie quindécimane.

No 18. Un maître menuisier, âgé de trente-deux ans, d'une forte constitution, demeurant dans la rue Pomme-d'Or, no 56, me fut adressé par M. Dumont, mon client, dans le mois de mai 1835, pour une ophthalmie aiguë du côté droit, qui revenait à jour fixe, toutes les trois semaines, et dont aucune médication n'avait pu le débarrasser. Indépendamment des signes généraux de l'inflammation pendant les accès, ce malade avait un larmoiement continuel, ne pouvait pas supporter la lumière, et fermait constamment l'œil. L'ophthalmie avait acquis son plus haut degré d'intensité du cinquième au sixième jour, et l'inflammation cessait du neuvième au dixième.

L'indication me parut formelle pour donner l'antipériodique par excellence. Dix grains de sulfate de quinine par vingt-quatre heures, donnés pendant les cinq jours qui précédaient le retour de l'ophthalmie, et quelques grains du même sel par vingt-quatre heures, aussi donnés pendant quatre autres jours à doses décroissantes, suffirent pour guérir le malade, qui n'a pas eu depuis le plus petit ressentiment de son affection. Il a suivi le même traitement, et a pris toutes les précautions que je lui avais indiquées pendant quatre époques. (Cazenave, *Gazette médicale de Paris*, tom. V, 1837.)

Conjonctivite annuelle.

No 19. M. M..., âgé de trente-six ans, sanguin, bilieux, jouissant habituellement d'une bonne santé, ancien chirurgien militaire, et maintenant prote dans l'imprimerie de M. Faye, à Bordeaux, vint me consulter, dans la première quinzaine de mars 1833, pour une conjonctivite aiguë de l'œil gauche qui le faisait horriblement souffrir, et qui se renouvelait annuellement à une époque à peu près fixe depuis le printemps de 1829. Ce confrère, que des malheurs non mérités avaient réduit à la condition d'ouvrier, me dit que son ophthalmie périodique était toujours précédée pendant une quinzaine de jours d'une douleur profonde et très aiguë du globe de l'œil gauche, qui le rendait furieux et dont il ne commençait à être soulagé que lorsque la conjonctive commençait à s'injecter. Cette inflammation avait été combattue chaque fois par une copieuse saignée du bras, par des applications de sangsues faites sur l'apophyse mastoïde gauche ou sur la tempe du même côté, par des pédiluves sinapisés, par des lotions émollientes et belladonisées sur l'œil gauche, par le repos de cet organe, par quelques purgatifs salins; mais on ne s'était jamais occupé de prévenir le retour de cette affec-

tion. Ce traitement, d'ailleurs très rationnel pour combattre une conjonctivite aiguë ordinaire, n'enrayait jamais la marche de cette inflammation d'une manière subite; car ce n'est guère qu'après avoir enduré la douleur et la maladie pendant un mois, que l'œil revenait à son état normal.

Le mal existant déjà lorsque je fus consulté, je dus me borner à combattre l'ophthalmie, comme plusieurs de mes honorables confrères de quelques villes de la France l'avaient déjà fait, et je recommandai instamment à M. M... de me venir voir dans le mois de février 1834, environ trois semaines avant l'époque présumée du retonr de la maladie que je voulais empêcher. Il ne manqua pas au rendez-vous. L'administration de douze grains de sulfate de quinine pris tous les trois jours avant le début de la conjonctivite, et toutes les vingt-quatre heures pendant les huit jours suivants, prévint le retour de l'ophthalmie, qui n'a plus reparu les années suivantes en prenant les mêmes précautions. (Cazenave, *Gazette médicale de Paris*, tom. v. 1837.)

Ophthalmie intermittente annuelle. (Ophthalmia periodica.)

N° 20. Hoffmann rapporte qu'une femme âgée de quarante ans, sanguine, scorbutique, jouissant d'un grand embonpoint et ayant habituellement les glandes du cou engorgées, avait une suppression de règles depuis quelque temps, lorsqu'elle devint sujette à une douleur et à une rougeur très marquées de l'œil gauche, qui revenaient à des époques déterminées; la malade éprouvait en même temps une douleur très intense sur le côté correspondant de la tête. La phlegmasie intermittente dont il s'agit revenait tous les ans avec régularité au mois d'octobre; tant qu'elle durait, les fonctions digestives étaient troublées, il n'y avait point d'appétit; l'œil était si sensible qu'il ne pouvait supporter la lumière, et il s'en écoulait continuellement une humeur séreuse très abondante. Ces symptômes persistaient des mois entiers avant de se dissiper entièrement. La malade avait pris inutilement un grand nombre de remèdes, dont l'usage n'avait point empêché cette affection de revenir aux mêmes époques, et de la faire beaucoup souffrir pendant trois années consécutives. Après ce temps, l'ophthalmie disparut enfin sans retour par un régime convenable et par l'usage des eaux acidules de Pyrmont, qui rétablirent les évacuations naturelles. (*Opera omnia*, tom. II, p. 168.)

Morton et Sénac ont eu occasion d'observer des ophthalmies intermittentes.

Alexandre Monro (*Mémoires d'Edimbourg*, t. v) rapporte qu'il fut lui-même sujet à une affection semblable.

PHLEGMASIES INTERMITTENTES DES MUQUEUSES NASALE ET AURICULAIRE.

Coryza avec type quotidien. (Febris larvata.)

N° 21. Un chirurgien âgé de vingt-deux ans vint à l'hôpital, ayant, depuis quatre jours, un coryza avec sécheresse et embarras dans les narines, et une douleur à la racine du nez.

Il était d'une complexion bonne et replète; il avait eu la veille du frisson, de la chaleur, et il s'était fait saigner. Le matin de son arrivée, il avait le pouls vif, peu de soif, la tête pesante, le goût et l'odorat perdus, la langue blanche, tout le visage très rouge.

On lui donna la décoction d'orge avec oxymel, et on lui recommanda de fomenter la membrane de Schneider en aspirant par le nez une décoction émolliente tiède. Depuis le milieu du même jour jusqu'au milieu de la nuit, à peu près, il éprouva une pesanteur de tête particulière, qui se termina par une sueur abondante. Le jour suivant on le saigna; entre midi et une heure

il eut froid ; les narines étaient sèches ; il sentait vers le sinus frontal gauche une douleur forte et presque insupportable qui se termina par des sueurs, à onze heures du soir environ.

Le troisième jour, à la même heure que la veille, et aussi aprés un frisson, il survint une douleur cruelle au sinus frontal du côté droit, laquelle cessa spontanément à l'heure ordinaire.

Ce même jour, quelques symptômes bilieux s'étant manifestés à la fin de l'accès, on lui donna l'émétique qui lui fit rendre beaucoup de matières jaunes et vertes. Dès ce moment, les redoublements du coryza et de la fièvre n'eurent plus lieu. (Stoll, *Médec. prat.*, mai, an 1776.)

Autre avec le même type.

Nº 22. Vandermonde rapporte l'histoire de deux coryzas intermittents, dont l'un a cédé à l'application d'un vésicatoire et l'autre à l'usage du quinquina. Dans ce dernier, l'homme qui en était atteint, âgé de trente ans, d'un tempérament lymphatique, éprouvait un écoulement qui avait lieu par le nez, et qui revenait régulièrement tous les jours; il commençait vers le déclin de la nuit, et cessait vers onze heures ou midi. La tête devenait enflée et douloureuse; les yeux, les sinus frontaux et le nez étaient très embarrassés ; ces symptômes étaient accompagnés de douleurs cuisantes, et il en sortait une quantité abondante d'une sérosité âcre et limpide; le pouls était très lent pendant l'accès. Le reste de la journée se passait tranquillement, et le pouls revenait à son état ordinaire. Le malade se tint chaudement, et prit des diaphorétiques légers qui ne changèrent point son état. On lui donna quelques lavements, et on insista sur les remèdes propres à entretenir la transpiration ; tout cela ne produisit aucun effet. Ce n'est qu'à l'aide du quinquina et des purgatifs légers qu'on parvint à guérir cette phlegmasie. (*Journal de médecine*, t. XLVI.)

Rhinite avec le type quotidien.

Nº 23. Un homme âgé de vingt-six ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, est affecté, dans le courant du mois de décembre 1802, d'un état de sécheresse de la membrane muqueuse qui tapisse les fosses nasales et les sinus; pesanteur et douleur de ces parties, avec un léger sentiment de froid dans toute l'habitude du corps, suivi de chaleur et de la fréquence du pouls. Ces symptômes paraissaient entre sept et huit heures du soir, et se dissipaient à midi; le malade mouchait dans les intervalles une matière visqueuse très abondante. Cet état dura pendant environ quinze jours avec la même intensité, et continua jusqu'au mois d'avril avec beaucoup moins de force. Les beaux jours du commencement de ce mois firent presque entièrement disparaître cette maladie; mais la température froide et pluvieuse qui régna depuis la fin d'avril jusqu'à la fin de mai, occasionna le retour de cette affection, quoique avec moins d'intensité. Il y avait toujours embarras, sécheresse, douleur dans la région des sinus; suppression du mucus pendant l'accès, lequel se manifestait à l'approche de la nuit et durait jusqu'au lendemain matin; la sécrétion ne se rétablissait que durant les intervalles. Cet état se prolongea, malgré l'emploi des fumigations émollientes, des diaphorétiques légers, du kina et des substances amères et aromatiques. (Deschamps fils, *Maladies des fosses nasales et de leurs sinus.)*

Autre rhinite avec le même type.

No 24. Un boulanger, d'un tempérament nerveux, éprouva tout-à-coup, en se levant le 13 août, une douleur très vive avec des tiraillements dans la bosse frontale du côté gauche, des élancements dans l'orbite, dans la narine et le sinus maxillaire du même côté; il était enchifrené; il découlait de cette narine une très grande quantité de mucus. Les trois premiers jours, la douleur ne dura pas plus de deux heures, et le malade crut n'avoir qu'un coryza. Le 4 août, la douleur commença à quatre heures du matin et ne finit qu'après midi. Il y eut, par la même narine, écoulement abondant de mucus puriforme. Comme la langue était sale, qu'il y avait eu inappétence et quelques envies de vomir, un émétique fut administré. Le 5, accès à la même heure, mais plus long et plus intense. Un grain d'opium et des pédiluves sinapisés furent prescrits. Les douleurs atroces que le malade ressentait se calmèrent pour quelques instants. On administra le quinquina à la dose d'une demi-once. Le 6, accès moins fort. On continua la même dose de quinquina à laquelle on ajouta un grain et demi d'opium. Le 7, il n'y eut pas d'accès, et le malade fut guéri. (Carron, *Journ. génér. de méd.*, t. XL.)

Autre rhinite quotidienne. (Fièvre intermittente larvée de l'auteur.)

No 25. A l'Hôtel-Dieu, dans les salles de M. Chomel, s'est présenté un ciseleur, âgé de dix-huit ans, d'une forte constitution, qui, depuis huit jours et sans cause connue, était pris, tous les matins à sept heures, d'une douleur au-dessus du sourcil droit, sans frisson, ni chaleur, ni sueur, mais avec un écoulement muqueux assez abondant des deux narines, éternuments fréquents et élancements passagers des parties affectées. La douleur du sourcil s'étendait au front, à la région temporale, et ne cessait de s'accroître pendant trois ou quatre heures; elle acquérait entre dix heures et midi le plus haut degré d'intensité, puis elle allait en décroissant jusqu'à sept ou huit heures du soir, époque où elle se dissipait complétement.

Le lendemain, à la même heure, même douleur, même marche et accroissement successif de tous les phénomènes ci-dessus, lesquels ensuite vont en diminuant jusqu'au soir, pour disparaître complétement et revenir encore le lendemain de la même manière; ainsi, depuis ce temps, tous les jours même accès, mêmes symptômes avec intermittence et régularité complètes. Le sommeil et l'appétit sont bons, la vue n'est troublée, durant l'accès, sans doute qu'à cause d'une sécrétion plus abondante des larmes. La face est un peu pâle, le pouls plein, large, mais peu accéléré, la langue naturelle.

On aurait pu croire, au premier abord, à l'existence d'un rhume du cerveau et lui attribuer la plupart des symptômes; mais ces accès revenant tous les jours, cet accroissement et ce décroissement réguliers; cette durée des accès, égale à celle d'un accès de fièvre intermittente, nous font découvrir une analogie marquée et nous indiquent une fièvre masquée ou larvée. L'absence de frisson, de chaleur, de sueur, même localement, ne saurait atténuer cette opinion; on voit assez fréquemment l'un de ces phénomènes manquer dans les fièvres intermittentes les mieux caractérisées du reste; on les voit manquer tous à la fois, la fièvre ne se déceler que par une céphalalgie ou tout autre symptôme local, et enfin les symptômes céder à la pierre de touche, au quinquina. Dans ces cas, les accès reviennent à des

intervalles réguliers, fréquemment tous les jours, rarement à plus de quatre jours l'un de l'autre. On prescrit une saignée, et l'on attend quelques jours avant d'en venir à l'usage du quinquina. (*Lancette française*, t. v, 1831.)

Coryza intermittent annuel.

N° 26. M. Manzencal, négociant, âgé de trente ans, lymphatique, faisant peu d'exercice, jouissant habituellement d'une bonne santé, habitant une rue étroite, humide et froide, rue de Gourgué, n. 4, à Bordeaux, est pris tous les ans, vers la fin d'avril, mais seulement hors de chez lui, et lorsqu'il est exposé à l'action d'une vive lumière, d'éternuments violents et répétés, accompagnés d'un coryza très intense avec écoulement d'un liquide incolore, limpide, filant avec abondance, puis d'enchifrénement, de larmoiement et d'une céphalalgie d'autant plus douloureuse que les secousses brusques et violentes de l'éternument sont plus répétées. Cet état ne dure pas plus de deux ou trois jours, et s'améliore au fur et à mesure que la phlegmasie envahit d'autres membranes muqueuses. C'est ainsi que, dans l'espace de trois semaines, M. M*** a eu successivement une pharyngite, une laryngite, une trachéite, une bronchite, une entérite et une colite aiguë à courtes périodes; une diarrhée très abondante termina la maladie. Les membranes muqueuses œsophago-gastrique et génito-urinaire sont les seules exemptes de cette phlegmasie annuelle qui ne reparaît plus après la diarrhée, quoique le malade s'expose sans précaution à l'impression d'une forte lumière. Du reste, il n'y a jamais accélération dans le pouls.

M. Manzencal avait pris, plusieurs années de suite et sans résultat favorable pour sa santé, sept ou huit bouteilles d'une espèce de rob qu'un médicastre, qui le voyait avant moi, lui faisait payer 20 francs la bouteille.

J'ai conseillé pendant ces deux dernières années (1835 et 1836) l'usage de verres fortement colorés pour éviter l'impression trop vive de la lumière sur les yeux; le séjour habituel dans un appartement frais et peu éclairé; des bains alcalins et des frictions sèches sur la peau; des vêtements de flanelle, des boissons délayantes, et un régime doux; puis un traitement spécial pendant que la phlegmasie parcourt les surfaces muqueuses ci-dessus indiquées. Cette dernière partie du traitement a seule été suivie jusqu'ici. (Cazenave, *Gazette médicale de Paris*, 1837.)

Otite intermittente quotidienne. (Febris larvata.)

N° 27. Gesner (Philippe) a observé une douleur d'oreille des plus vives, accompagnée d'un sentiment de chaleur et de gêne, dans le conduit auditif externe; ces symptômes récidivaient, tous les jours régulièrement, chez une femme grosse de sept mois. L'accès revenait à neuf heures du matin et finissait à trois heures après-midi. Cette affection n'attaquait que l'oreille droite. (*Nova act. nat. curios.*, t. II.)

Otite intermittente double-tierce. (Fièvre pernicieuse de l'auteur.)

N° 28. Un homme âgé de trente-huit ans, d'une constitution nerveuse et irritable, très laborieux, et exposé par son état à toutes les intempéries de l'air, était tourmenté de douleurs déchirantes dans l'oreille droite, qui lui arrachaient des cris perçants; il les comparait tantôt à des coups de marteau qui lui ébranlaient toute la tête, tantôt à des tiraillements insupportables, et enfin à une chaleur brûlante. Le malade ne savait quelle posi-

tion tenir; le moindre mouvement, le bruit le plus léger, étaient pour lui un supplice. Le pouls était fréquent, la peau brûlante, la figure animée, les yeux brillants, les muscles de la face du côté malade visiblement rétractés. Ces douleurs n'avaient pas toujours existé au même degré, et même il y avait eu des journées entières de calme depuis l'invasion de la maladie. On avait déjà inutilement émétisé et purgé le malade; on lui avait fait prendre des bains de pieds sinapinés, et posé six sangsues au cou, lorsque M. le docteur Bourgeois fut appelé, le 15 août 1818, et trouva le malade dans l'état indiqué; il lui prescrivit six grains d'extrait de jusquiame, fumigations et injections émollientes et narcotiques dans le conduit auriculaire, et sinapismes. Ces moyens n'ayant eu aucun succès, ce praticien ordonna l'application de dix sangsues derrière les oreilles et au cou, puis un vésicatoire à la nuque. Le 16 (septième jour de la maladie), le malade était calme et dormait d'un bon sommeil. M. Bourgeois, ayant appris que cet homme avait eu autrefois des hémorroïdes qui avaient cessé de fluer, prescrivit encore dix sangsues au siége, et la continuation des autres moyens, moins la jusquiame. Le 17, les douleurs se réveillèrent durant la nuit[1], mais ne furent pas aussi intenses, ni d'une durée aussi longue. Le 18, accès des plus violents, annoncé par des horripilations, des douleurs sourdes dans les oreilles et les mâchoires; mêmes moyens sans allégement; les douleurs cessent vers neuf heures environ, après une forte sueur. M. Bourgeois, ayant alors reconnu dans la récidive des douleurs une intermittence marquée en double tierce, et tous les moyens tentés ayant été infructueux, prescrivit une once de quinquina en opiat à prendre par gros toutes les trois heures; on donna la première dose le lendemain 19, à trois heures du matin, et l'on en continua l'administration toute la journée. Le 20, l'once de quinquina était consommée; le malade n'avait ressenti que de très légères douleurs d'oreille dans l'après-midi. On continua l'usage du quinquina, mais on fut contraint de le suspendre par l'invasion d'un accès de fièvre complet, qui débuta par un frisson bien marqué, et pendant lequel les douleurs d'oreille furent presque nulles.

Le 21, continuation du quinquina et disparition entière des douleurs et de tout l'accès; convalescence. (*Journ. génér. de méd.*, t. LXVI.)

PHLEGMASIES INTERMITTENTES DE LA PEAU.

Érythème périodique, revenant plusieurs fois par jour.

N° 29. Wolphius rapporte qu'il fut appelé pour voir une femme noble qui éprouvait des douleurs et des ardeurs dans les extrémités, non en même temps et d'une manière continue, mais intermittentes, et tantôt dans une partie, tantôt dans une autre. La douleur et l'ardeur attaquaient, par exemple, le bras droit qui se couvrait de petites taches d'un rouge intense, comme dans l'érysipèle. Cet état durait un quart d'heure environ; quelque temps après, le mal passait au bras gauche, de là à la cuisse, puis au bras premièrement affecté, etc. Après avoir observé ce phénomène singulier un certain nombre de fois, ce médecin s'occupa des moyens de le guérir. Il fit venir un chirurgien, puis ayant attendu que le bras droit fût affecté de manière à faire présumer que la plus grande partie du sang, ou de toute autre matière peccante, était arrivée dans le membre, il fit appliquer une ligature bien serrée à la partie supérieure de ce bras près de l'aisselle, fit ouvrir la basilique droite, et tirer une quantité assez copieuse de sang; on

ôta ensuite la ligature; les taches disparurent peu à peu, et les autres parties ne furent ensuite affectées que légèrement. Enfin on dissipa les restes de cette humeur effervescente par les sirops incrassants et par les rafraîchissants. (*Ex propriâ observat. ep. 4.*)

Érysipèle qui disparaît et revient rapidement.

N° 30. Au mois d'avril 1826, madame C..., d'une forte constitution et jouissant habituellement d'une bonne santé, fut prise de fièvre et d'un érysipèle au nez et au front. Je la vis le second jour de la maladie : la fièvre était assez forte, l'érysipèle augmentait; la malade n'avait pas dormi pendant la nuit. Je lui proposai une saignée, elle l'accepta sans crainte. J'allais pratiquer la piqûre, lorsque tout-à-coup l'impression du froid de ma main sur le bras de la malade détermina une syncope accompagnée de ralentissement du pouls et de la disparition de l'érysipèle. La syncope se dissipa, la fièvre et l'érysipèle reparurent. Je me disposai de nouveau à pratiquer la saignée, les mêmes effets se renouvelèrent; mais cette fois, la syncope dura plus longtemps, cinq à six minutes à peu près; la fièvre et l'érysipèle ne reparurent pas. La malade garda le repos le reste de la journée; le lendemain. elle se portait parfaitement. (Martin-Solon, art. FLUXION, du *Dict. de méd. et de chir. prat.*)

Éruption urticaire avec type biquotidien. (Fièvre urticaire ou érysipélateuse de l'auteur.)

N° 31. Un homme robuste, à la fleur de son âge, tondeur de draps de profession, d'un tempérament sanguin, s'aperçut d'abord, pendant cinq à six jours, que son appétit diminuait; ensuite il lui survint une éruption à la peau, présentant des exanthèmes plats, de figure assez irrégulière, d'une largeur qui pouvait aller depuis celle d'une lentille jusqu'à celle d'un grand ongle, de couleur blanche, et accompagnés d'une forte démangeaison, par conséquent pareils aux ampoules que nous excite la piqûre des orties; comme celles-ci, ils devenaient rouges, lorsque le malade ne pouvait résister au désir de se gratter. Ces petites pustules sortaient de six heures en six heures; elles subsistaient environ trois heures, et puis disparaissaient.

Leur sortie était précédée d'accablement du corps et de *faiblesse* d'estomac. La première éruption se fit d'abord au poignet, et s'étendit ensuite sur tout le bras du côté droit; la seconde occupa, en outre, les mêmes parties de l'autre côté. Les symptômes précurseurs furent si considérables au troisième accès, que le malade tomba dans une lipothymie qui dura un quart d'heure, au bout duquel l'éruption se déclara, mais par tout le corps; ce qui détermina le malade à me faire appeler. Trouvant le pouls agité, je commençai par une saignée au bras; je prescrivis des poudres absorbantes. Ces remèdes n'empêchèrent pas le retour du paroxysme; l'annonce en fut seulement moins effrayante. Une seconde saignée, le lendemain, ne produisit pas plus d'effet; il en fut de même d'une décoction purgative, qui ne fit que retarder un peu les attaques.

Le défaut d'appétit, joint aux menaces de défaillance qui annonçaient chaque accès, me porta à prescrire un vomitif qui procura trois vomissements copieux de matières glaireuses, et cinq à six selles abondantes. L'attaque revint plus tard qu'à l'ordinaire : elle ne fut précédée d'aucune faiblesse sensible; l'éruption ne se fit que dans quelques endroits, au lieu d'être universelle comme auparavant; la démangeaison fut plus supportable; ensuite i

n'est plus rien survenu à la peau, le malade a eu seulement à se plaindre d'une douleur d'estomac qui a duré quelques jours. (Godard, *Journal de médecine*, tome X, année 1769.)

Scarlatine avec type quotidien. (Febris larvata.)

N° 32. Un homme, ayant été saisi par le froid, était un peu indisposé depuis huit ou quinze jours, lorsqu'il lui survint des nausées, des vomissements, de la tristesse, et une éruption tout-à-fait semblable à la scarlatine, qui se répandit sur toute la peau, en faisant éprouver au malade un sentiment de démangeaison et de chaleur inflammatoire très incommode : cette éruption revenait régulièrement tous les jours vers le soir, et durait chaque fois pendant quatre heures.

Il y avait déjà quatre jours que le malade était sujet à l'éruption dont il s'agit, lorsqu'il se confia aux soins de Morton, qui, ayant vu les urines du malade rouges avec sédiment briqueté, pensa que cette phlegmasie cutanée était due à une fièvre intermittente ainsi déguisée. Ce praticien, après avoir fait pratiquer une saignée de douze onces au malade, lui administra le quinquina, à l'aide duquel il fut bientôt délivré des nausées, du vomissement et de l'éruption cutanée. (Morton, *Opera omnia*, hist. 4.)

Autre phlegmasie cutanée quotidienne. (Febris larvata.)

N° 33. Storck dit avoir vu plusieurs malades à qui il survenait tous les jours des taches livides par tout le corps ; leur développement était précédé d'horripilations, de fréquence du pouls et d'une grande soif. Ces taches causaient une vive démangeaison.

Après deux ou trois heures, les malades suaient, les taches disparaissaient et le pouls revenait à son état naturel. Plusieurs de ces malades furent guéris seulement par l'usage des boissons délayantes et adoucissantes ; mais quelquefois, la fièvre larvée ne cédant pas assez promptement à l'emploi de ces moyens, et les malades s'affaiblissant par la répétition trop prolongée des accès, ce praticien leur donnait le quinquina, à l'aide duquel les taches et la fièvre disparaissaient pour ne plus revenir. (*Annus medicus secundus*, pages 167.)

Éruption ortiée avec type quotidien.

N° 34. M. Orlery, âgé de trente-huit ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, très irritable, après avoir mené depuis long-temps une vie sédentaire, va habiter une maison de campagne sur le bord de marécages, où il se livre avec excès aux travaux de l'agriculture. Il lui survient bientôt une diminution sensible d'appétit, avec saleté de la langue, altération du goût, éructations ; puis une légère affection catarrhale à la suite d'un violent orage auquel il fut exposé le 10 août 1807. Après quatre ou cinq jours d'indisposition, il se rend à pied, le 15 août, à Montpellier pour consulter M. Golfin, médecin de cette ville. Il éprouve durant la route des frissons vagues et de la céphalalgie. A son arrivée, la langueur et l'accablement l'obligent à se mettre au lit, où peu de temps après il est pris d'un grand froid qui dure deux heures environ. Une chaleur intense succède, et avec elle paraissent la rougeur de la surface du corps et l'éruption de pustules très élevées qui, d'abord discrètes, se multiplient bientôt au point qu'en beaucoup d'endroits elles sont confluentes. Cette éruption occasionne au malade une cuisson et une sensation

prurigineuse très violente. Les pustules présentent la même forme que celles qui sont produites par la piqûre des orties ; elles persistent tout le temps des deuxième et troisième périodes, et ne disparaissent entièrement qu'avec la sueur qui est très abondante. L'accès dure environ douze heures ; après sa terminaison, la peau reprend sa couleur et son poli naturels.

Le soir, intermission parfaite.

M. Golfin attribua cette éruption à la *gastricité ;* et comme la présence des matières saburrales bilieuses était démontrée à un très haut degré par la couleur de la face, l'état de la langue, le dégoût, les rapports, les fréquentes envies de vomir, et un sentiment de pesanteur à l'épigastre, le 16, on administre un émétique qui fait évacuer des matières bilieuses par le haut et par le bas ; durant la journée, julep antispasmodique, boissons émollientes et calmantes, apyrexie complète. Après midi, le malade se sent si bien qu'il se lève pendant trois heures et montre beaucoup de gaieté. Au milieu du calme le plus rassurant du physique et du moral, le malade est subitement pris d'un accès violent; il commence par des frissons réguliers, une céphalalgie intense et des vomissements bilieux ; le froid devient universel, très violent, et dure trois heures; une chaleur considérable lui succède avec l'éruption ortiée ; la peau devient d'un rouge très vif et se couvre de pustules grosses, dures au toucher et confluentes. L'éruption exanthématique est plus prononcée que celle du premier accès ; la cuisson est insupportable, le malade se dévore avec les ongles, l'épiderme est détaché en plusieurs endroits ; le malade est plongé dans une agitation extrême ; il pousse des cris et se trouve comme dans un brasier ardent. Le pouls est petit, fréquent, parfois inégal, la respiration pénible, la langue sèche, les yeux égarés ; il y a surdité. Le malade refuse toute espèce de boisson. Ce n'est que le lendemain à dix heures qu'il y a un amendement bien marqué des symptômes, que la moiteur et les sueurs s'établissent, que l'éruption et les autres symptômes se dissipent. A mesure que l'éruption disparaît, on observe, d'une manière plus prononcée, la diminution et la disparition de tous les divers symptômes de l'accès. A sept heures du soir, tout rentre dans l'ordre, l'apyrexie est complète.

M. Golfin ne balança plus à considérer l'éruption ortiée comme un symptôme très grave qui *cachait une fièvre pernicieuse.* La fureur que ce paroxysme déploya à l'instant de l'apparition de l'exanthème confirma son diagnostic : il se hâta de recourir au quinquina ; on en fit prendre d'abord deux gros délayés dans un verre d'infusion de feuilles d'oranger; on répéta cette dose toutes les trois heures.

Le 18, le malade avait passé la nuit sans sommeil, mais il fut tranquille. Il avait déjà pris dix gros de kina, lorsqu'on en suspendit l'administration, parce qu'il avait causé un peu d'irritation. Le 19, nuit calme ; le malade dort un peu ; on prescrit encore deux prises de quinquina. Le 20, 21 et 22, le malade va de mieux en mieux, et se trouve bientôt parfaitement rétabli. (Golfin, *Journal de Sédillot,* t. LV.)

L'auteur appelle cette observation une *fièvre intermittente pernicieuse ortiée,* et ajoute ainsi une *variété* à l'espèce de fièvre intermittente essentielle dite *pernicieuse exanthématique* (1).

(1) Quoique nous rapportons cette observation parmi les phlegmasies intermittentes de la peau, nous sommes loin de regarder ici, et sous les nos 31, 37 et 38, l'éruption cutanée comme l'affection principale ; nous voulons, au contraire, prouver qu'il y a des phlegmasies intermittentes cutanées qui ont une cause interne, ou qui sont essentiellement liées à d'autres phlegmasies des viscères, comme on le voit fréquemment sous le type continu.

Urticaire intermittente quotidienne.

N° 35. Le 7 décembre 1825, est entré à l'hôpital Saint-Antoine un homme âgé de trente-neuf ans, d'un tempérament sanguin. Un matin, après avoir éprouvé beaucoup de contrariétés, et s'être abandonné à une violente colère, il fut pris d'un sentiment de picotement dans les membres inférieurs qui se répandit rapidement sur toute la surface du corps. Survinrent ensuite sur le tronc et les membres une multitude de taches élevées, de plaques blanchâtres ou d'un rose pâle, accompagnées d'une horrible démangeaison. Jusqu'au 8 décembre, cinquième jour de l'éruption, le malade a été en proie, surtout pendant la nuit, à un prurit agaçant et très douloureux. Le 7, saignée de quatre onces. Le 8 au matin, l'examen de la peau fait voir un grand nombre de taches très larges, irrégulières, rouges ou rosées, non élevées au-dessus des tégumens, faciles à confondre, si elles étaient isolées des autres circonstances concomitantes, avec des taches de roséole. Suivant le dire du malade, ces rougeurs exanthémateuses constituaient il y a deux jours de véritables élevures beaucoup plus pâles. On aperçoit en outre aux membres inférieurs, aux avant-bras. et sur la partie antérieure de l'abdomen, plusieurs plaques d'un rouge faible. La face est considérablement bouffie, très injectée; céphalagie intense, langue naturelle, légère sensibilité abdominale, pouls un peu fébrile. (Lait, pédiluves sinapisés, saignée de seize onces, diète.)

Le 9, on tire encore douze onces de sang, et on ordonne plusieurs bains frais. Depuis le 8 jusqu'au 12, le malade n'a éprouvé du soulagement et du calme que pendant le jour; les nuits ont toutes été pénibles et marquées par des accès de taches rouges, de plaques assez proéminentes et prurigineuses, de chaleurs cuisantes sans frissons ni sueurs. Ces accès, pendant lesquels le malade dit qu'il se grattait et se remuait comme un démon, commençaient à sept heures du soir, et se prolongeaient, en diminuant graduellement d'intensité, jusqu'au matin. Dans la journée, la peau offrait à peine des traces de l'éruption.

Le 12, huit grains de sulfate de quinine, *illicò*; bouillon de veau. La nuit du 12 a été bonne; il n'y a eu aucune explosion d'urticaire. Le malade n'a ressenti que de légers fourmillements.

Les jours suivants, même traitement, aucune nyctopathie. Le 17, on supprime le sulfate de quinine, et jusqu'au 25, jour de la sortie du malade, l'amélioration de l'état général et la guérison complète de l'éruption se sont maintenues. (M. Rayer, *la Lancette française,* 1829, t. II.)

Engelures quotidiennes, et intermittentes annuelles.

N° 36. Lucile B..., âgée de seize ans, d'une constitution sanguine et pléthorique, présentant un teint rouge très marqué et qui passe au violet par le moindre froid, est depuis trois ans sujette à des engelures aux talons et sur la moitié postérieure du bord externe de la plante des pieds. Déterminées la première fois, au commencement de l'hiver de 1826, pendant qu'elle était dans une pension où elle eut beaucoup à souffrir du froid aux pieds, ces engelures ont continué à reparaître régulièrement chaque année à la même époque. Les moyens employés, tels que l'usage de chaussures fourrées et très chaudes, lavages avec de l'eau salée, avec de l'urine, des applications astringentes, acidulées, de la neige, etc., ont paru plutôt favoriser qu'empêcher le développement de cette affection. Enfin quelques précautions qui aient

été prises par cette jeune personne pour se préserver d'une maladie qui, sans être dangereuse, présente de si grands inconvénients pour se chausser et marcher librement ; à l'aide de ces précautions, et particulièrement d'un long repos au lit, elle parvenait souvent à rendre les engelures moins intenses, à empêcher la peau de se déchirer et de se transformer en ulcère comme la première fois, où elle eut à en souffrir pendant plus de deux mois.

C'est assez régulièrement au commencement de novembre que les premiers indices de la réapparition des engelures se font sentir d'abord par une grande démangeaison, ensuite par un sentiment de chaleur et de cuisson à la moindre gêne des chaussures, et à la suite d'une marche même peu prolongée; cependant les douleurs n'en furent jamais bien vives ; elles étaient souvent bornées à une sorte d'impatience, de démangeaison, de chaleur et d'engourdissement local. La couleur de la partie affectée présente d'abord une teinte rosée luisante ; elle passe promptement au rouge brun; puis, quand l'engelure est bien prononcée, la peau devient chaude, lisse, sensible, et d'un rouge vif analogue à celui d'une érysipèle commençante, toute la partie affectée et le pied lui-même se trouvent un peu gonflés de manière à être très gênés dans une chaussure auparavant très ample.

J'ai été à même de suivre attentivement cette affection périodique en 1829. La jeune personne était chez ses parents, chaudement et librement chaussée, parfaitement à l'abri des intempéries de l'atmosphère et des vicissitudes de froid et de chaud; cependant elle commença à éprouver quelques démangeaisons les deux ou trois derniers jours d'octobre; ces démangeaisons allèrent en augmentant malgré les soins et les précautions hygiéniques ; et le 5 ou le 6 novembre, les engelures étaient déjà développées aux deux talons et se prolongeaient plus ou moins le long du bord externe des pieds. Chaque matin, au lever de la malade, la chaleur, la tuméfaction, la rougeur, la démangeaison, tout avait disparu complétement ; elle pouvait se chausser comme à l'ordinaire et marcher librement ; mais à peine arrivait-on vers les cinq ou six heures du soir qu'elle était obligée de quitter sa chaussure ; les talons étaient chauds, gonflés, rouges ; elle ne pouvait rester debout sans qu'il lui semblât que ses engelures fussent sur le point d'éclater. Pareille scène se renouvelait chaque jour et régulièrement aux mêmes heures.

En admettant une disposition des talons aux engelures par suite de leur développement répété antérieurement, la disparition et le retour quotidiens de cette congestion érysipélato-phlegmoneuse étaient faciles à concevoir par la constitution de la jeune personne et par la régularité qu'il y avait dans sa manière de vivre journellement : elle était d'un tempérament très sanguin; quoique bien réglé, l'écoulement menstruel fournissait peu de sang; la jeune personne présentait un état de pléthore et d'embonpoint très marqué; les pieds, les talons étaient arrondis et pourvus de beaucoup de tissu cellulaire graisseux ; se couchant de bonne heure, un long séjour au lit dans une position horizontale ne pouvait manquer de ramener l'équilibre dans la circulation des fluides, et la disparition de la congestion locale ; tandis qu'au sortir du lit elle passait la plus grande partie de la journée sur ses jambes et dans une position à favoriser une nouvelle congestion. Quoi qu'il en soit, pensant que tout cela tenait à l'état de pléthore sanguine et aux habitudes de la malade, nous n'hésitâmes pas à prescrire une saignée copieuse du bras, puis l'application de dix sangsues sur les parties latérales de chaque talon, c'est-à-dire, autour des engelures. Les pieds furent placés pendant une heure dans un bain d'eau chaude pour faciliter l'écoulement du sang. Un régime lacté et végétal, des boissons délayantes, le repos au lit pendant quelques jours de

suite, la précaution d'envelopper les talons et la moitié postérieure du pied dans une bourse de toile cirée, des stations debout moins prolongées, des chaussures point trop chaudes, mais bien adaptées à la forme du pied, la précaution d'éviter dans la maison la chaleur d'un foyer ardent, pour le moins autant que le froid et l'humidité au dehors; tous ces soins amenèrent une guérison à la fois prompte et complète.

Éruption ortiée avec type tierce.

N° 37. Durant le mois de mai 1760, Tonneau (François), cordonnier, âgé de trente ans, d'un tempérament bilieux et pléthorique, fut attaqué d'un léger accès de fièvre avec quelques traces d'éruption pustuleuse, pour lequel il se fit saigner le lendemain.

Le jour suivant, à la même heure, il ressentit un malaise inexplicable, des anxiétés terribles, des envies de vomir; en même temps le malade éprouva une démangeaison très vive par tout le corps, et vit se développer l'éruption pustuleuse qui avait déjà paru durant le premier accès. Cette éruption présentait des ampoules assez semblables à celles que l'on voit *après s'être ortié ;* toute la surface du corps paraissait s'enfler considérablement.

Ayant alors vu ce malade, je lui trouvai de la fièvre, que quelques frissons presque insensibles avaient accompagnée dans son principe. Peu de temps après, le malaise et les anxiétés étaient en partie calmés; il avait le pouls plein, tendu, et les autres symptômes de la fièvre avec des signes manifestes d'une saburre des premières voies.

Je n'avais d'autres indications à remplir que d'évacuer; mais avant, je jugeai qu'il était absolument nécessaire de répéter la saignée pour désemplir les vaisseaux, et faciliter l'effet d'un vomitif qui devait être administré immédiatement après.

Le malade évacua abondamment, et l'éruption disparut avec la fièvre, qui se termina par une sueur universelle, après avoir duré huit heures environ.

Le lendemain j'insistai sur les évacuants, qui produisirent des déjections copieuses. Le malade se trouva assez bien ce jour-là.

Le jour suivant, à la même heure, la fièvre reparut avec la démangeaison et les ampoules, dont les unes étaient larges et très grosses, et les autres petites. Elles rougissaient par le grattement qu'on ne pouvait empêcher; elles disparurent bientôt, ainsi que la fièvre, comme dans les accès précédents. Il ne restait ni malaise, ni anxiété, ni aucun des symptômes de l'accès. Je jugeai à propos de m'opposer aux progrès de cette maladie par l'administration du quinquina, qui fut donné en bols à la dose de six gros en vingt heures. On ne négligea point les remèdes délayants et les tempérants nitreux.

Le lendemain, apyrexie. Le jour de l'accès, le malade ne ressentit aucun des symptômes qui le constituaient. Je lui fis répéter les bols. Sa convalescence fut heureuse et fut terminée par une potion purgative.

Je vis le même cas, au mois de juillet de cette année, dans la personne du nommé Cauvin, aubergiste du lieu, que j'ai traité et guéri de la même façon. (Planchon, *Journal de médecine,* tom. XVII, année 1762.)

Urticaire intermittente tierce.

N° 38. Un jeune homme de dix-neuf ans, d'une forte constitution, me fit appeler, le 23 juin 1829, pour lui donner des soins. Je le trouvai faisant les plus grands efforts pour vomir, et ayant déjà rejeté par le vomissement une pleine cuvette de matière verdâtre qui contenait une certaine quantité de bile. Le jeune homme avait le tronc et les membres presque entièrement re-

couverts d'une éruption de plaques confluentes, d'un rose pâle, dont un grand nombre étaient entourées d'une auréole rouge. Les plaques, qu'on faisait momentanément disparaître en les comprimant, étaient irrégulières et de moyenne grandeur; elles causaient une grande démangeaison; la peau était tuméfiée, chaude et humectée de sueurs; le pouls fréquent et dur. Au rapport du malade, les symptômes dont nous venons de parler avaient été précédés d'un accès de fièvre qui était revenu trois fois en six jours, constamment vers minuit. Il y avait d'abord un frisson; la peau se couvrait bientôt après de taches rosées ressemblant à des piqûres d'orties; il survenait de la chaleur, de la sueur, avec céphalalgie, soif, vomissement opiniâtre. Cet appareil de symptômes persistait avec plus ou moins d'intensité jusque vers midi, ce qui faisait un espace de douze heures. Les vomissements cessaient les premiers, l'éruption disparaissait ensuite, ainsi que la céphalalgie et la fréquence du pouls; il survenait alors une apyrexie complète qui durait trente-six heures, et pendant laquelle le malade n'éprouvait aucune souffrance.

Je reconnus facilement l'urticaire périodique décrit par quelques auteurs sous le nom de *fièvre ortiée* intermittente. Comme l'épigastre était très sensible à la pression, je prescrivis d'abord d'appliquer vingt-cinq sangsues sur cette partie, la limonade pour boisson, et une diète absolue.

Le 24, apyrexie pendant la journée, sommeil sensible la nuit précédente, bouillons et potages clairs pour toute nourriture.

Dans la nuit du 24 au 25, point de sommeil, rêvasseries, retour de l'accès fébrile, de l'éruption ortiée et des vomissements, qui sont toutefois moins intenses que les jours précédents ; mais la fièvre et la céphalalgie n'ont rien perdu de leur intensité; tous les accidents se dissipent au bout de douze heures environ. (Même boisson, diète absolue, lavement émollient.)

Le 26, apyrexie complète ; le malade a bien dormi ; nulle trace d'éruption ; le malade se sent beaucoup plus faible et plus accablé que la veille ; langue blanchâtre, bouche pâteuse, dégoût pour la boisson. (Infusion de camomille pour boisson ; huit grains de sulfate de quinine en deux paquets, à prendre à une heure d'intervalle.)

Le 27, l'accès de la nuit a totalement manqué; il ne s'est manifesté ni éruption, ni vomissements; le malade a dormi profondément. (Je prescris six nouveaux grains de sulfate de quinine en deux paquets pour le lendemain.)

Le 28, point d'accès ni d'éruption ; sommeil profond.

Le 29, le malade prend des aliments et entre en convalescence. (M. Bricheteau, *Journal complémentaire*, tom. XXXVII.)

Pemphigus intermittent, type tierce.

N° 39. Polakowski, âgé de vingt-huit ans, fut pris, le 12 juillet 1826, dans l'après-dîner, d'un fort frisson d'une heure, qui fut suivi de chaleur et d'une éruption très douloureuse sur tout le corps. A la chaleur, qui dura neuf heures, succéda une forte transpiration particulière, et en même temps la fièvre et l'éruption disparurent. Le 13, le malade fit appeler le médecin, qui ne trouva plus aucune trace de tous ces symptômes; et à peine voyait-on, par ci par là, quelques taches rouges. Comme il existait quelques phénomènes gastriques, on donna le tartre stibié, qui fit évacuer par le haut et par le bas une pinte de mucus et de bile.

Le 14, dans l'après-midi, la fièvre revint, ainsi que l'éruption, de forme moitié ronde et moitié angulaire, semblable à celle qui est produite par les cantharides ; elle commença par un sentiment de brûlure, puis une démangeaison intolérable. Cette éruption existait surtout aux avant-bras, au bas-

ventre et aux extrémités infér'eures, moins à la poitrine et au dos ; on vit deux ou trois vésicules dans la cavité buccale ; on n'en remarqua pas à la tête, à la plante des pieds, et aux mains. Elle était survenue immédiatement à la fin du frisson, et déjà deux heures après la chaleur elle était complétement développée, c'est-à-dire que les vésicules étaient remplies d'une matière aqueuse, lymphatique, diaphane ; plusieurs étaient entourées d'une auréole rouge ; les plus petites étaient de la grandeur d'une épingle, les plus grandes de celle d'un gros pois. Déjà, à la fin de la chaleur, elles devinrent plus petites, et pendant la sueur elles disparurent complétement, sans laisser de croûtes ou de taches marquantes ; pourtant le lendemain matin, après la seconde éruption, on revit encore quelques taches rouges, mais qui disparurent aussi. L'épiderme ne se détacha pas ; les phénomènes gastriques avaient disparu. On prescrivit : poudre de quinquina, un demi-gros ; nitrate de bismusth, deux grains ; cannelle, huit grains. Le malade prit six paquets de ces poudres, et fut guéri sans éprouver de récidive. (*Kûhlbrand, wochenschrift fur die Gesammte heilkunde.*)

Érysipèle avec type tierce.

N° 40. Mestral, cuisinier, âgé de quarante-deux ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, pléthorique, et ayant habituellement la face un peu bouffie, fut pris de céphalalgie, de lassitude et de frisson à la suite d'un travail plus long et plus accéléré que de coutume ; il survint bientôt un érysipèle qui occupa toute la face du côté droit, et s'étendit un peu bas sur le cou du même côté. Le malade souffrait depuis vingt-quatre heures, lorsque je le vis le 12 février 1817. Il présentait un peu de fièvre ; la langue était chargée ; il y avait insomnie, dégoût, malaise général et anxiété très grande ; les yeux étaient vifs et brillants ; le pouls était fort et fréquent ; la face était très gonflée, rouge, brûlante. Je prescrivis une large saignée, un lavement purgatif, un bain de pieds sinapisé, des boissons délayantes, acidulées, et la diète. Le lendemain, amélioration sensible, mais la langue continue à être chargée, avec dégoût, anorexie. Je fais prendre trois grains d'émétique, qui font vomir beaucoup de matières bilieuses. Vers le soir, l'érysipèle avait presque entièrement disparu ; la tête était seulement un peu lourde. Le malade dormit bien toute la nuit ; et, le lendemain 14, se trouva comme en parfaite santé.

Comptant sur son entière guérison, cet homme voulut sortir dans la journée du 15 par un temps très froid ; l'érysipèle revint presque instantanément, et occupa non seulement le côté droit de la face et du cou, mais s'étendit encore sur une grande partie du côté gauche de la face jusqu'au front. Il vomit les aliments qu'il avait pris dans la journée. Le soir, insomnie, agitation, et même un peu de délire. Appelé le lendemain matin, je trouvai à peu près tous les symptômes indiqués précédemment. L'érysipèle occupait seulement une plus grande étendue. L'état du pouls me fit prescrire une nouvelle saignée ; je fis mettre les pieds et les jambes dans l'eau chaude ; j'ordonnai la diète, le petit lait édulcoré avec du miel et un lavement purgatif. Vers le soir, amélioration sensible ; l'érysipèle est borné au côté droit ; il n'y a plus de gonflement ; la rougeur et la chaleur sont moins marquées ; durant la nuit, le malade sue beaucoup et dort paisiblement. Le 17, il ne reste plus de traces de l'inflammation ; il y a de l'appétit ; toutes les fonctions se font bien. Le malade veut reprendre son ouvrage le lendemain, et l'érysipèle reparaît à peu près vers le même temps de la journée que la dernière fois. Il n'y a pas de fièvre, cependant l'inflammation est bien caractérisée ; elle est seulement moins intense et moins étendue qu'à l'ordinaire ; mais elle gagne bientôt

l'oreille et fait éprouver vers cette partie des douleurs très vives. Ayant reconnu le caractère périodique de cette affection, je promis au malade que je lui donnerais le quinquina, après que cette attaque serait terminée. En attendant, je prescrivis un minoratif acidule, pour faciliter les évacuations alvines qui n'avaient pas eu lieu depuis deux jours. On continua le pédiluve et les boissons délayantes. Vers le soir, les douleurs étaient si vives du côté de l'oreille que le malade n'avait aucun repos; je fis placer à la nuque un vésicatoire volant qui diminua beaucoup les douleurs de l'oreille, et qui, à l'aide d'une potion calmante, permit au malade de dormir un peu durant la nuit; les symptômes inflammatoires se firent encore remarquer le lendemain, mais à un moindre degré, et le soir même de ce jour, le malade se sentit très bien; il n'y avait plus de douleur, on distinguait à peine quelques traces de rougeur.

Le 20, santé parfaite. Je fis prendre quatre gros de quinquina en poudre dans la journée, et le lendemain matin encore un gros, trois heures avant le retour de l'affection érysipélateuse qu'on attendait vers les dix heures; ce ne fut que vers midi qu'on vit de légères traces de rougeur, qui restaient au côté droit de la mâchoire, prendre beaucoup plus d'intensité, et s'étendre sur le cou du même côté, au lieu de monter à la face. Le retour de cette légère phlegmasie fut seulement précédé d'un peu de dégoût, de malaise et de lassitude; il n'y eut ni frisson, ni fièvre, et ce fut plutôt un érythème qu'un véritable érysipèle; je ne lui opposai que le régime et du petit lait laxatif. Le lendemain, il ne restait qu'un peu de rougeur vers la partie inférieure du cou. Le 23, état de santé. On administra six gros de kina. Le jour suivant, rien de nouveau; on continue le quinquina, et cette affection n'a point reparu. Cette observation nous a été communiquée par le docteur Georgiadi.

Kaiman a vu un érysipèle récidiver de même périodiquement au bras d'une femme. (*Act. nat. curios.*, t. 3.)

Affection érysipélateuse avec type quintane et mensuel.

N° 41. Constant (Charles), âgé de seize ans, d'un tempérament lymphatique, ayant l'état de chandelier, avait toujours joui d'une santé assez bonne, quoiqu'il portât, dès son enfance, un engorgement assez considérable des glandes du cou.

A la suite des troubles qui eurent lieu, dans la capitale, vers le milieu de juin 1820, Constant eut une violente frayeur, et reçut même quelques coups dans un rassemblement au milieu duquel il se trouvait; le samedi 16, il rentra chez lui, vers dix ou onze heures du soir, encore tout effrayé, et ressentant de la démangeaison par tout le corps; il dormit peu à cause de cette démangeaison, qui devint encore plus forte durant la nuit, et à laquelle s'ajouta un sentiment de chaleur si ardent qu'il fut obligé de sortir de son lit pour prendre le frais. Le 17 au matin, Constant fut tout étonné de se trouver le corps couvert d'un grand nombre de taches rouges plus ou moins étendues, et d'autant plus multipliées qu'elles se rapprochaient davantage de la partie supérieure du tronc. Il éprouvait en même temps un peu de lassitude et de malaise général, de l'inappétence et de la soif.

Le 18, Constant fut reçu à l'Hôtel-Dieu et placé dans la salle Saint-Charles; ses taches s'étendirent et se multiplièrent les premiers jours de leur apparition, puis s'effacèrent peu à peu en commençant par la face et le cou: le malade était au régime et faisait usage de boissons rafraîchissantes. Après quatre à cinq jours, la peau reprit son état naturel; l'appétit revint, et Cons-

tant sortit de l'hôpital parfaitement guéri. Il s'était écoulé trente jours depuis sa guérison, lorsqu'un samedi, aux mêmes heures (c'était la nuit du 21 au 22 juillet), Constant se réveille fort surpris de se voir encore la surface du corps recouverte d'un grand nombre de petites plaques érythémateuses qui lui faisaient éprouver, comme auparavant, un sentiment de chaleur et de démangeaison très vives; il passe deux jours chez lui, pendant lesquels l'affection cutanée devient plus intense et plus générale.

Le 24, il rentre à l'Hôtel-Dieu : son corps était couvert de taches rouges plus ou moins rapprochées les unes des autres, assez nombreuses sur le tronc et sur les extrémités supérieures, excepté le poignet, plus rares aux extrémités inférieures; on n'en voyait aucune à la partie inférieure des jambes et aux pieds, qui présentaient un gonflement œdémateux; les mains étaient aussi un peu enflées et la figure était bouffie. Les glandes du cou présentaient un engorgement beaucoup plus considérable qu'à l'ordinaire, de manière que la respiration en était gênée. On prescrivit la diète, les boissons adoucissantes, des sangsues autour du cou et un bain. Sous l'influence de ce traitement et du repos, l'engorgement du cou revint à son premier état; le gonflement des extrémités disparut ainsi que l'érythème.

Le 26, le malade était à peu près guéri; l'appétit était bon. Il passa encore quelques jours à l'hôpital pour savoir si sa maladie ne reviendrait point. L'érythème revint, en effet, durant la nuit du 30 au 31 juillet, ne laissant que quatre jours d'intermittence; mais il fut plus léger, et seulement accompagné de démangeaison. Le 3 août, il n'en existait plus la moindre trace; le malade étant resté encore quelques jours à l'hôpital, et s'étant occupé le 7 à faire quelque ouvrage dans l'intérieur, plusieurs taches se firent de nouveau remarquer sur la poitrine et sur le ventre. On lui fit prendre un bain; elles disparurent promptement, et Constant sortit de l'hôpital vers le 12. Sa santé se maintint jusqu'au vendredi 25 août, époque à laquelle la même affection reparut encore durant la nuit et aux mêmes heures. (Cet accès fut à peu près semblable à celui du 21 juillet, dont la terminaison datait d'un mois.)

Constant rentra le 28 à l'Hôtel-Dieu. L'érythème était encore bien marqué sur le bras et la poitrine; il y avait tous les autres symptômes indiqués. On prescrit la diète, les boissons délayantes et un lavement; le mardi 29, il n'y a plus que quelques traces de rougeur, le gonflement des extrémités a beaucoup diminué; le mercredi, on prescrit de plus une saignée, à cause de l'état pléthorique du malade; l'érythème disparaît entièrement, et dès ce jour, retour à la santé. Il sort, peu de temps après, de l'hôpital.

Conrad-Gmelin a observé une femme qui était sujette à un érysipèle qui attaquait principalement le côté droit du visage et qui récidivait régulièrement toutes les six semaines. (*Comm. litter.* 1737, p. 60.)

Éruption pétéchiale qui remplace des phénomènes fébriles et gastriques, et qui récidive environ tous les quinze jours.

No 42. Lordat a observé, en l'an VIII, dans la maison de la Force, une maladie qui attaquait particulièrement les femmes et qui débutait par les symptômes suivants : frisson, suivi d'une fièvre intense avec abattement, mal de tête, tristesse profonde, angoisses à l'épigastre, rougeur de la face, langue blanche, muqueuse, urines chaudes et en petite quantité, constipation. Cet état persiste pendant trois jours; le quatrième jour il survient des effusions sanguines qui ont lieu presque toujours en même temps par le nez et par l'utérus. Les symptômes diminuent, la fièvre s'affaiblit à mesure qu'une érup-

tion pétéchiale commence à se faire apercevoir; les premières paraissent au cou, sur la poitrine et à la partie supérieure des bras; bientôt elles deviennent assez abondantes pour couvrir le tronc et le visage; elles sont toujours plus rares aux extrémités que dans le reste du corps. Après l'éruption il survient un calme général, la fièvre cesse, la peau devient fraîche, le pouls plus rare que dans l'état de santé. Quelquefois il survient des douleurs aiguës aux extrémités au moment où la fièvre cesse, et les malades qui présentent ces symptômes sont moins sujettes aux rechutes que les autres.

C'est ordinairement vers le neuvième jour que les taches de la peau pâlissent et se résolvent. Après quelques jours de convalescence, il y a une récidive qui ressemble en tout à la maladie, si ce n'est que les stades en sont plus courts; ces récidives se multiplient plus ou moins; on en a vu jusqu'à quatre avoir lieu successivement chez les mêmes personnes. Dans chacune, la couleur des taches est plus foncée que dans la précédente et l'étendue en est sensiblement plus considérable.

Autre éruption cutanée, type mensuel.

N° 43. Lordat dit qu'il a été consulté par une dame sur une indisposition de sa fille, âgée de quatorze ans, qui, tous les mois, à la même époque, éprouvait un sentiment de chaleur dans diverses parties de la peau, accompagné d'un prurit incommode, suivi d'une rougeur intense et même d'une véritable éruption. Pendant ce temps, dont la durée était de quelques jours, la malade était sans appétit et avait un penchant invincible à la tristesse. Cette fille, quoique grande et bien développée, n'était pas encore réglée; il n'était pas difficile de voir qu'il y avait dans ce cas un effort hémorrhagique (ou plutôt inflammatoire), et l'on conçoit d'où se tirait cette induction. (*Traité des hémorrhagies*, pag. 133.)

Affection psorique mensuelle.

N° 44. Melch. Fribe rapporte qu'une fille avait tous les mois, à des époques fixes, une éruption semblable à la gale. Cette éruption se manifesta tout le temps que ses *ordinaires*, qui avaient été supprimés, ne reprirent pas leur cours habituel; après que le temps, durant lequel ils avaient coutume de couler était passé, les pustules se desséchaient, et l'éruption galeuse disparaissait. On lui fit faire usage de remèdes propres à *dépurer* le sang; on la purgea deux fois, on la saigna deux fois au pied; enfin on rappela, par le moyen des remèdes convenables, l'écoulement menstruel, dont le retour procura une guérison radicale à cette fille. (*Collect. acad.*, tom. III.)

Hagedorn a guéri un jeune homme sur le corps duquel il s'élevait, pendant tout l'été, et à certains jours de chaque mois, des taches rouges, allongées, élevées, qui lui causaient beaucoup de démangeaison, et disparaissaient quelques jours après. (*Acad. de Scrut. nat.*, part. 3, pag. 96.)

Phlegmasies cutanées sexti-mensuelles.

N° 45. Lorry a connu un homme, sain d'ailleurs, qui, deux fois dans l'année, était atteint d'érysipèle vers l'époque de l'un et de l'autre équinoxe. Dans les premiers accès, la fièvre fut violente, la peau se leva, et sa couleur parut un peu livide; l'érysipèle ne disparut qu'au quatorzième jour; mais les années suivantes il ne s'étendit guère au-delà du septième jour; il ne fut

point précédé par un mouvement fébrile marqué, mais seulement par un frissonnement avec des anxiétés, et il ne paraissait qu'une rougeur légère, tantôt sur une partie, tantôt sur une autre. Cet homme, dont la santé était chancelante avant qu'il fût sujet à cet érysipèle périodique, a joui, depuis cette époque, d'une santé vigoureuse. (Lorry, *De Morbis cutaneis.*)

L'on rapporte, dans les Éphémérides des Curieux de la nature, qu'une fille avait tous les ans deux fois, et régulièrement au printemps et en automne, des taches rouges sur toute la peau, accompagnées de démangeaison, de serrement de poitrine, et qui disparaissaient quelque temps après. (*Acta nat. curios. dec.*, 3 an 1.)

Erysipèle intermittent annuel.

No 46. Yscrable, soldat au 4e régiment de cuirassiers, âgé de vingt-huit ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, était affecté, depuis sept ans, d'une inflammation érysipélateuse à la jambe gauche, qui se renouvelait chaque année au printemps. Vers la fin du mois de mars 1814, elle se déclara à la même époque qu'à l'ordinaire, et détermina une fièvre légère avec tous les symptômes bilieux qui caractérisent un embarras gastrique. Les années précédentes, ces phénomènes morbides se continuaient, malgré le traitement, jusqu'au dix-huitième ou vingtième jour. Cette année, le malade ne voulut pas entrer à l'hôpital de Caen, craignant d'être infecté par la maladie qui y régnait, et continua de panser son cheval jusqu'au sixième jour, à dater de l'invasion de la phlegmasie; mais il fut obligé de le quitter ce jour même, parce qu'il reçut un coup de pied à la jambe malade, qui lui fit une plaie d'un pouce de long, au centre de l'érysipèle. Cet accident, loin d'être funeste, fut avantageux; car le surlendemain la plaie entra en pleine suppuration, l'inflammation de la peau se supprima, et avec elle tous les symptômes bilieux; de sorte que cette maladie qui, les années précédentes, mettait quinze à vingt jours pour parcourir ses diverses périodes, fut guérie cette fois en dix jours. Cependant le traitement que j'ai employé n'a consisté que dans le régime et des boissons acidulées.

« On voit que cet érysipèle, vrai, périodique, annuel, n'était pas dû à la présence de la bile dans l'estomac, puisque cet organe a été entièrement débarrassé sans évacuants. » (Deleau, *Aperçu sur l'abus du vomissement*, etc., p. 72.)

INFLAMMATIONS PHLEGMONEUSES INTERMITTENTES.

Fluxion inflammatoire avec le type rémittent bi-quotidien. (Fièvre larvée.)

No 47. Madame M***, âgée de trente-six ans, fortement constituée, d'un tempérament sanguin, portait une carie à la troisième molaire gauche de la mâchoire supérieure qui la faisait souffrir quelquefois. Le 10 avril, la douleur se manifesta non seulement sur la dent gâtée, mais sur toute l'arcade dentaire du même côté. La joue était extrêmement gonflée, rouge, tendue, comme il arrive dans ce qu'on appelle vulgairement une *fluxion*. Il y avait un peu de fièvre, de la soif; la bouche exhalait une odeur désagréable; la langue était nette, et la malade conservait son appétit. On employa jusqu'au 18, des bains de pieds, des fumigations émollientes, des cataplasmes anodins qui ne produisirent qu'une légère diminution dans le gonflement de la joue. Je découvris bientôt le caractère périodique de cette

affection, qui présentait deux redoublements bien marqués dans les vingt-quatre heures. Le premier avait lieu à une heure après-midi, et durait jusqu'à six heures; la rémittence des douleurs qui survenait alors durait jusqu'à minuit ou une heure. Des douleurs violentes succédaient jusqu'à six heures du matin ; la malade souffrait peu le reste de la journée, jusqu'à l'heure du paroxysme. Elle n'éprouvait ni froid, ni lassitude à l'invasion de chaque redoublement; mais le gonflement et la rougeur de la joue augmentaient considérablement. Je prescrivis dix-huit grains de sulfate de fer, dissous dans huit onces d'eau, à prendre pendant la rémittence de chaque redoublement ; la première dose prise à midi pesa sur l'estomac et donna quelques nausées. Le redoublement, qui vint une heure après, fut très violent; la joue devint très rouge et fort gonflée. Une seconde dose fut prise à dix heures du soir; l'accès de la nuit manqua totalement. On continua la solution martiale les 19, 20 et 21, et la joue fut entièrement désenflée. Les douleurs revinrent encore à certains intervalles, et l'emploi du sulfate de fer les dissipa bientôt sans retour. (Arloing, *Journ. gén. de méd.*, t. LVIII.)

Inflammation périodique de la joue droite, type d'abord irrégulier, ensuite quotidien.

No 48. Le 1er avril 1822, Madame V***, convalescente d'une affection catarrhale de la poitrine, quitte Paris pour aller à Chartres; elle voyage de nuit, et le lendemain matin à son arrivée elle se fait conduire chez elle en chaise à porteurs ; durant le trajet elle se sent frappée au visage par l'air extérieur. Aussitôt elle éprouve un malaise général, accompagné de fièvre, mais qui disparaît promptement par l'emploi des boissons pectorales, dont Madame V*** faisait usage avant son départ de Paris.

Au bout de trois jours, le 4 avril, elle éprouve, sans cause connue, une anxiété extrême, des frissons très prononcés au dos et sur les bras; bientôt une fièvre assez vive, accompagnée d'une forte douleur, avec tension à la joue droite; cet état, après avoir duré quelques heures, se dissipe entièrement, mais se reproduit les jours suivants, sans qu'on puisse remarquer la périodicité fixe. Au bout de quelques jours les accès deviennent de plus en plus violents; on observe qu'ils arrivent tous les jours à la même heure. Je suis appelé auprès de la malade le 11 avril, septième jour depuis l'invasion de la maladie.

Je trouvai la joue droite tendue et rouge, la malade y éprouvait des douleurs extrêmement vives qui s'étendaient à la tempe et à l'oreille de ce côté ; la peau était brûlante dans l'endroit douloureux ; le pouls était fréquent et serré; la langue légèrement blanchâtre ; il y avait peu de soif. Des boissons légèrement sudorifiques furent prescrites à la malade, et le soir tout ce que j'avais observé dans la matinée avait disparu ; il ne restait plus à la joue qu'un léger engourdissement.

Le lendemain, à huit heures du matin, heure indiquée par la malade, je vis l'accès débuter par un grand malaise, des bâillements, des frissons ; puis la fièvre s'alluma, la joue redevint ce que je l'avais vue la veille. Les douleurs et la tension augmentèrent jusque vers le midi, puis le mal étant arrivé là au *summum*, diminua progressivement, et enfin sur les quatre heures après-midi l'accès était passé.

Dans l'intervalle de cet accès à celui qui devait suivre, je fis prendre à la malade six grains de sulfate de quinine. Celui du lendemain fut moins violent. Cet accès étant passé, elle prit huit grains du sel employé la veille.

Le succès le plus complet suivit l'administration de ce médicament. L'inflammation disparut entièrement et pour toujours. Il resta seulement, pendant quelques jours, un léger engourdissement et une douleur pareille peu intense, qui cédèrent promptement à l'application de quelques sangsues à la tempe. (Durand, *Journal complém. de méd.*, t. XX.)

Irritation inflammatoire quotidienne de la moitié gauche du crâne et de la face.

N° 49. Madame B***, âgée de vingt-deux ans, d'un tempérament sanguin et d'une constitution vigoureuse, avait toujours joui d'une santé parfaite. Elle allaitait son enfant âgé de dix mois et très bien portant lui-même, lorsque tout-à-coup et sans cause connue elle fut prise d'un frisson qui ne tarda pas à être remplacé par de la chaleur et par une douleur vive qui n'occupait que la moitié gauche du crâne et de la face. Ces symptômes disparurent après quelques heures de durée, et en même temps toute la partie du corps correspondante se couvrit de sueur.

Le lendemain, une nouvelle invasion de la maladie eut lieu à la même heure, mais avec une intensité bien plus grande, et l'accès, qui dura autant de temps que celui de la veille, se termina aussi de la même manière. M. Lassalvy fut témoin du troisième accès : après un frisson, qui partait du milieu de l'épine dorsale pour s'irradier dans les membres supérieur et inférieur gauches, et dont la durée fut d'un quart d'heure environ, il s'établit du même côté un mouvement de réaction avec céphalalgie, injection de la joue gauche, œil brillant, animé et larmoyant, tégument du crâne douloureux à la pression, légers mouvements convulsifs de la paupière supérieure et de la commissure des lèvres; langue rouge et sèche d'un côté, humide et naturelle de l'autre. La face offrait un aspect bien remarquable: rouge, tendue, luisante à gauche, elle se trouvait à droite dans l'état le plus parfait. La poitrine résonnait partout, mais l'auscultation faisait clairement entendre à gauche un râle crépitant; sans toux ni expectoration. La région épigastrique et l'abdomen étaient également douloureux de ce côté. L'accès, qui avait commencé à huit heures, et les symptômes, qui augmentaient jusqu'à dix, diminuèrent ensuite, et firent place à une douce moiteur et à quelques éructations gazeuses, et enfin à l'émission d'une urine rosée qui laissa précipiter un sédiment briqueté. Le sulfate de quinine fut administré, et sous l'influence de ce médicament, l'accès du lendemain fut très faible, celui du surlendemain fut à peine sensible, et il n'en survint pas davantage. (*Ephémérid. médic. de Montpellier,* 1827.)

Inflammation périodique de la joue droite, type quotidien.

N° 50. Une dame âgée de 52 ans, convalescente d'une péripneumonie, éprouve tout-à-coup au visage l'impression d'un air froid. Aussitôt malaise général, fièvre précédée de frissons, violente douleur dans tout le côté droit de la tête. Cet état ne fut que passager; mais trois jours après, et sans cause connue, retour des mêmes symptômes avec forte douleur tensive à la joue droite. Les jours suivants, nouvelle apparition de tous les symptômes indiqués. Le septième jour de la maladie, M. Esmein est appelé et observe les symptômes suivants : tension, rougeur, douleur et inflammation évidente de la joue droite, pouls dur et fréquent, langue blanchâtre à la base, rouge à la pointe et sur les bords; légère moiteur générale, soif, anorexie, consti-

pation. Plus tard, tous ces symptômes se dissipent, et il ne reste qu'un peu d'engourdissement à la joue.

Le huitième jour, M. Esmein assiste au début de l'accès, et observe du malaise, des bâillements et du frisson. Ayant plusieurs fois observé les heureux effets des émissions sanguines dans les inflammations intermittentes et les inconvénients du quinquina, il fait appliquer, deux heures avant l'apparition présumée de l'accès, quinze sangsues au côté du cou correspondant à la joue malade, des sinapismes aux jambes, et donne à l'intérieur des boissons émollientes. L'accès se réduisit à une chaleur momentanée, et une douleur comme électrique dans la joue droite. Le jour suivant un pédiluve sinapisé fut prescrit, et l'accès ne se manifesta en aucune manière. Depuis ce moment cette dame n'a pas cessé de jouir d'une parfaite santé, et M. Esmein s'est contenté de la tenir pendant quelques jours à un régime doux et à l'usage des pédiluves sinapisés. (*Journal universel des Sciences médicales*, tome XVIII.)

Congestion inflammatoire des seins sous type tierce.

N° 51. L'épouse d'un cordonnier, demeurant rue Notre-Dame, aux Chartrons, fut atteinte, trois ou quatre jours après ses couches, de gerçures aux deux mamelons. Les topiques qu'on employa pour en obtenir la guérison ne produisirent aucun soulagement; le mal, au contraire, fit de nouveaux progrès, et la mamelle droite devint le siége d'une inflammation très intense, qui fut combattue sur-le-champ par une saignée du bras, des cataplasmes émollients, une diète sévère et des boissons rafraîchissantes. Le lendemain, 29 mai 1825, la tuméfaction du sein était toujours la même; vingt sangsues furent appliquées sur cette partie; les piqûres donnèrent jusqu'au soir. Le 30, la phlogose avait pour ainsi dire totalement disparu. Le 3 juin suivant, un engorgement semblable au premier se déclara dans la mamelle gauche. Quinze sangsues suffirent pour en procurer la résolution. Le 12 du même mois, la phlegmasie du sein droit se renouvela; mais cette fois elle était accompagnée d'envie de vomir, d'une soif inextinguible; la langue était rouge sur ses bords; le pouls dur, fréquent et serré; en un mot, tous les signes de la gastro-entérite s'étaient joints à ceux de l'affection primitive. Persuadé que l'irritation des voies digestives ne s'était développée que sous l'influence de celle des mamelles, je crus que je pouvais me borner à n'attaquer directement que cette dernière. (Vingt sangsues sur le lieu enflammé; laissez couler le sang jusqu'à ce qu'il s'arrête de lui-même; diète, limonade.) Le 13, on remarquait à peine quelques traces de congestion; les envies de vomir n'existaient plus, mais le pouls n'avait presque rien perdu de sa fréquence; la soif surtout semblait aussi vive qu'auparavant (Même prescription que la veille, à l'exception des sangsues.) Le 14, vers quatre heures du soir, le sein gauche devint rouge, tendu, fort douloureux; la malade éprouva en outre un froid considérable, auquel succéda une chaleur des plus violentes. (Douze sangsues, diète, tisane d'orge; un lavement pour remédier à la constipation qui durait depuis long-temps, et que le séjour du lit ne faisait que rendre plus opiniâtre.) Le 15, le sein n'offrait plus qu'une légère rougeur; la fièvre avait presque entièrement cessé. (Décoction d'orge, trois bouillons, quelques pruneaux, un lavement.) Le 16, la mamelle droite se gonfle; un froid subit se déclare: trois heures après survient une chaleur brûlante; vers minuit, une sueur générale couvre tout le corps (Diète sévère, même tisane.) Le 17, apyrexie complète. (Gelée de riz, fruits cuits, etc.) Le 18, inflammation du sein gauche, désordres absolument semblables à ceux des

jours précédents. La marche de cette maladie ne me permettant pas de douter qu'elle n'eût pris un caractère intermittent, je crus que je n'avais rien de mieux à faire que de la combattre par les fébrifuges. En conséquence, lorsque le calme fut rétabli, et six heures avant l'époque où devaient avoir lieu les phénomènes pathologiques dont je voulais empêcher le retour, je fis prendre en quatre ou cinq fois, et par doses décroissantes, une potion composée avec 12 grains de sulfate de quinine, trois onces d'eau distillée et une once de sirop de cannelle. L'accès fut retardé de quatre heures. Encouragé par cette apparence de succès, j'administrai de nouveau sous la même forme et avec les mêmes précautions, dix grains de sulfate de quinine ; j'espérais que par ce moyen je réussirais à prévenir l'accès du 22; mais, contre mon attente, il reparut trois ou quatre heures plus tôt, avec une intensité qu'il n'avait pas eue jusqu'alors; les douleurs du sein droit étaient portées à un si haut degré, qu'elles occasionnèrent une défaillance assez longue, qui alarma beaucoup les assistants. Comme j'avais la certitude qu'on s'était parfaitement conformé à mes ordonnances, je n'hésitai pas à attribuer cette recrudescence à la substance médicamenteuse que j'avais prescrite. J'y renonçai donc sur-le-champ, et je revins aux antiphlogistiques. Cette dernière médication m'inspirait d'autant plus de confiance, que les résultats avantageux que j'en avais déjà obtenus et la nature du mal semblaient m'engager à y recourir. Deux applications de quinze sangsues chaque firent disparaître, en effet, et les symptômes de la gastrite et la phlegmasie locale qui jusque là s'était constamment reproduite tous les deux jours, en passant alternativement de l'une à l'autre mamelle. (Bonnet, *Traité des fièvres intermittentes*, 1835.)

Barbette parle d'une inflammation périodique du cou chez le fils d'un médecin ; on la faisait cesser par la saignée et les purgatifs; elle revenait de deux jours l'un (sous type tierce); on lui opposait les mêmes moyens; elle cessait pour revenir encore. (Médicus, *Traité des maladies périodiques.*)

Tumeur phlegmoneuse périodique, type quindécimane.

N° 52. Madame P***, âgée de trente-deux ans, après avoir eu plusieurs enfants dont elle est accouchée heureusement, éprouva, immédiatement après la naissance du dernier, une diminution sensible dans l'écoulement menstruel, et devint sujette à de fréquentes indispositions. Cet état dura environ deux ans, au bout desquels il se forma, pour la première fois, dans le vagin, à un demi pouce de distance de la vulve, une tumeur phlegmoneuse qui s'ouvrit le troisième jour, après avoir occasionné les douleurs les plus vives, et acquis le volume d'une grosse noix. Sa suppuration, assez abondante d'abord, fut presque nulle le troisième jour.

La malade passa les onze jours suivants dans une tranquillité parfaite. Le 12, il se forma un nouveau phlegmon qui suivit la marche du premier. Depuis lors les mêmes phénomènes se sont renouvelés de la même manière et toujours aux mêmes époques, c'est-à-dire que la malade éprouvait dans l'espace d'un mois la formation de deux abcès.

Retenue par un excès de pudeur, madame P*** ne voulut d'abord parler de son affection à aucun homme de l'art ; ce ne fut qu'après cinq à six mois, pendant lesquels les souffrances avaient sensiblement altéré sa constitution, qu'elle prit enfin le parti de faire appeler un de nos confrères. Ce médecin ayant vainement employé les saignées générales et les purgatifs, tourna son attention du côté de la périodicité de l'affection, et prescrivit le quinquina à fortes doses. Mais en peu de temps l'état de la malade se trouva considérablement aggravé ; elle perdit le repos; le moindre bruit, le plus léger mou-

vement devenait pour elle un sujet de douleur; on ne pouvait déplacer un de ses membres, même en usant des plus grandes précautions, sans lui faire pousser des cris; elle éprouvait de violentes céphalalgies; le pouls était fébrile, le délire commençant.

Appelé à cette époque, mon premier soin fut de calmer cette surexcitation générale par le moyen des adoucissants et d'une diète absolue; on donnait auparavant du bouillon toutes les trois heures. Le quinquina, comme on le pense bien, ne fut point continué. Dès lors les symptômes d'irritation commencèrent à diminuer d'intensité; le pouls, qui était dur, fréquent et concentré, ne tarda point à se développer; on observa en peu de temps un soulagement.

Trois jours avant l'époque de la formation habituelle du phlegmon, je fis une première application de six sangsues à l'endroit même où se formait la tumeur. Cette application fut réitérée le lendemain et le surlendemain; on laissa le sang couler pendant cinq, et jusqu'à dix heures de suite.

Chaque jour la malade prenait un bain de siége, et plusieurs fois dans la journée des pédiluves d'un demi-quart d'heure seulement.

Les prétendus signes d'embarras gastrique, pour lesquels les purgatifs avaient été prodigués sans succès, disparurent par l'usage des adoucissants. C'est en insistant sur un pareil mode de traitement que nous avons eu la satisfaction, dans l'espace de deux mois, de voir notre malade entièrement délivrée de cette cruelle affection. Il y a aujourd'hui deux ans passés que nous n'avons eu à traiter chez madame P. ... qu'une indisposition produite par le chagrin que lui occasionna la perte d'un de ses proches. (Caraven, *Journal univ.*, tome xxx.)

M. Regnault fait observer, en rapportant ce fait, qu'il y a aussi des exemples de furoncles périodiques.

Tumeurs phlegmoneuses périodiques, types mensuel et annuel.

N°. 53. Lentilius a observé un nœud périodique au bas-ventre chez une femme de soixante ans; cette affection revenait tous les mois. La partie dure et engorgée présentait la largeur de la main; elle s'étendait derrière le dos, et formait comme une bande ou un cercle parfait. Casimir Médicus, qui cite ce fait, dit qu'il y a plusieurs autres exemples de cette bande phlegmoneuse périodique (Dec. 3, ann. 5 et 9.)

Gabriéli a également observé un battement douloureux, qui revenait périodiquement à la région lombaire droite, chez une femme de quarante ans. A chaque récidive, il s'élevait une enflure assez marquée sur la partie malade; cette enflure, au bout d'un quart d'heure, se montrait de la largeur de la main; elle était dure et sensible au toucher. Après plusieurs heures de durée, l'enflure, le battement cessait et tout rentrait dans l'état naturel. (Dec. 3, ann. 4.)

Dupuy de Bellegarde rapporte un exemple d'inflammation périodique de la gorge avec suppuration, formation d'un abcès qui se crève et soulage le malade qui ne tarde point à être guéri, et qui ne ressent plus rien jusqu'à l'année suivante, à la même époque. Alors cette affection revient, et disparaît encore de la même manière et en suivant le même cours. (*Journal de médecine*, tome 55, année 1781.)

AFFECTIONS RHUMATISMALES ET GOUTTEUSES INTERMITTENTES.

Arthrite rémittente quotidienne. (Fièvre rémittente arthritique.)

N° 54. Dans les mois de décembre et de janvier, de 1782 à 1783, par suite de fréquentes variations atmosphériques, de Mertens a vu régner à Vienne, en Autriche, une fièvre rémittente dont les accès ou les exacerbations avaient lieu chaque jour vers le soir, et étaient spécialement caractérisés par des douleurs aux jointures qui allaient tellement en augmentant jusqu'à minuit, qu'elles arrachaient des cris aux malades. Ensuite ces douleurs allaient en diminuant jusqu'au matin, alors elles cessaient presque entièrement durant la plus grande partie de la journée. Pendant tout ce temps on observait à peine quelques légers mouvements fébriles chez les malades, et pourvu qu'ils restassent tranquilles dans leur lit, ils n'éprouvaient aucune douleur jusqu'au moment du retour des accès fébriles et arthritiques. Il y avait en même temps inappétence et symptômes gastriques.

Le camphre, le soufre doré d'antimoine, la bardane, la salsepareille et le quinquina ne furent que d'un faible secours. Le moyen qui réussit le mieux au praticien dont il s'agit, furent les bains artificiels de Baden, préparés avec une partie de foie de soufre et deux parties de chaux vive, mêlés sur un feu doux. On en mettait une livre et demie dans un bain ordinaire. Le bain était d'une ou de deux heures; lorsqu'ils en sortaient, les malades étaient essuyés avec des linges chauds, et on les plaçait dans des lits très chauds. Ce moyen réussit à guérir la plupart des malades.

Autre rhumatisme avec type quotidien et tierce. (Fièvre larvée ou dissimulée de Morton, fièvre pernicieuse de M. Alibert.)

N° 55. Un teinturier, après s'être souvent exposé au froid, fut attaqué d'une douleur rhumatismale qui se faisait sentir çà et là dans presque toutes les articulations. Ces douleurs devinrent si intenses que le malade fit appeler Morton. Ce grand praticien ayant observé que les urines du malade étaient rouges et laissaient déposer un sédiment briqueté, ayant appris des assistants que les douleurs revenaient à des époques fixes, et qu'elles avaient coutume de s'exaspérer régulièrement, tantôt tous les jours, tantôt tous les deux jours, jugea que ces douleurs étaient dues au *venin caché* de la fièvre intermittente, quoiqu'il ne vît dans le pouls, ni dans l'état du malade, des indices de fièvre.

Dans le dessein de modérer les douleurs du paroxysme actuel, Morton fit pratiquer une saignée de douze onces au bras, et prescrivit un vomitif à prendre six heures après. Le calme ne tarda point à renaître; mais pour attaquer le mal jusque dans ses fondements, ce médecin ordonna de prendre toutes les trois ou quatre heures un gros de quinquina avec quelques gouttes de laudanum. Le malade n'eut pas plus tôt pris une once et demie de cette écorce, que, sans autre remède, les douleurs rhumatismales cessèrent; l'appétit revint; les urines reprirent leur couleur naturelle, et le malade fut assez bien, si ce n'est qu'il lui resta pendant quelque temps un air de stupéfaction causé, dit Morton, plutôt par l'action du laudanum que par celle du venin fébrile. L'application d'un vésicatoire fit disparaître ce symptôme. Le malade était déjà délivré de ses douleurs depuis quatorze jours, lorsqu'il en fut at-

taqué de nouveau; mais elles cédèrent assez promptement, sans qu'on eût recours à d'autres moyens qu'à la saignée et au quinquina. (*Opera omnia.*)

Autre rémittent quotidien. (Fièvre larvée.)

N° 56. Le même auteur a vu un homme âgé de quarante ans qui, ayant été souvent exposé au froid, fut pris, le 15 mai 1690, d'une douleur variable, mais qui occupait spécialement le côté droit du corps. Lorsqu'il fut appelé auprès du malade, cette douleur était si vive, qu'il ne pouvait presque plus se tourner d'un côté à l'autre; il était couvert de sueur et rendait des urines rouges et briquetées; la langue était sale et aride, la soif violente, le pouls fréquent et l'insomnie opiniâtre.

On n'avait point, dit Morton, reconnu avant son arrivée l'existence de la *fièvre larvée rhumatique* dont ce malade était atteint, et qui présentait tous les soirs une exacerbation bien marquée. Cette douleur rhumatismale n'était point accompagnée de gonflement à l'extérieur. L'usage du kina ne la fit pas disparaître entièrement; mais il survint, une semaine après qu'on avait commencé à l'employer, des aphtes et une salivation critiques qui achevèrent la guérison du malade. (*Opera omnia, hist.* XIII et XXII.)

Rhumatisme quotidien. (Fièvre larvée.)

N° 57. Le docteur Bagué rapporte qu'une femme, vivant dans un canton marécageux, et sujette depuis long-temps à des fièvres intermittentes, fut prise de douleurs dans l'ischion, qui revenaient tous les jours, à la même heure, aux environs du muscle *vaste externe*. Ces douleurs étaient accompagnées d'une chaleur fébrile, et se terminaient par des sueurs. Après que cette femme avait sué abondamment, elle se trouvait en état de se livrer à ses occupations. On la fit vomir et on la purgea; on lui fit prendre ensuite du quinquina auquel on associa l'elixir de vitriol et les antispasmodiques. Ces moyens ne tardèrent point à amener la guérison de cette malade. (*Essais d'Édimbourg*, t. VI.)

Autre affection rhumatismale avec le même type. (Febris larvata.)

N° 58. Une femme, âgée de trente-sept ans, durant un voyage qu'elle faisait en automne, fut prise d'une douleur très violente qui se faisait sentir dans l'ischion. On fit à l'extérieur des applications émollientes qui soulagèrent tellement la malade, que le lendemain elle put se remettre en route. Mais l'espoir qu'elle avait d'être guérie ne fut pas de longue durée, car la douleur reparut au même lieu avec autant d'intensité que la veille. On employa en vain les remèdes auxquels on avait eu recours la première fois. La douleur continua à se faire sentir vivement pendant plusieurs heures. Plusieurs autres remèdes furent employés. Les douleurs se calmèrent, pour revenir encore avec la même régularité. Le médecin ayant alors reconnu la ressemblance de cette affection avec un paroxysme de fièvre intermittente (quoiqu'il n'y eût point de fièvre), prescrivit l'emploi du quinquina qui ne tarda point à la guérir sans retour. (*Act. nat.*, déc. 3, ans VII et VIII.)

Autre rhumatisme quotidien.

N° 59. Le docteur Havard rapporte qu'un laboureur âgé de cinquante ans, robuste, après s'être beaucoup fatigué pendant la moisson, éprouvait tous les jours, depuis cinq heures du matin jusqu'à sept, une douleur très vive à l'épaule; cette douleur paraissait avoir son siége dans le muscle deltoïde. On employa inutilement contre cette douleur tous les moyens usités contre les affections rhumatismales ordinaires; elle persista en conservant sa marche périodique jusqu'à ce qu'on eût recours à l'usage des amers et qu'on les eût continués pendant un certain temps, alors elle disparut. (*Thèse sur le rhumatisme*, fructidor an XII.)

Rhumatisme périodique quotidien. (Fièvre intermittente pernicieuse, rhumatismale de l'auteur.)

N° 60. Dans l'après-midi du 1er février 1826, je fus pris sans cause connue d'un violent frisson le long du dos, de douleurs passagères dans les membres, les lombes, et de quelques crampes. Deux heures après le frisson cessa, ainsi que la douleur des extrémités; mais celle du dos devint de plus en plus forte, et s'étendit insensiblement aux muscles des épaules et du cou, de manière à rendre presque impossibles les mouvements de flexion du corps et ceux de rotation de la tête: je dînai néanmoins, mais légèrement, à cinq heures. Peu de temps après, la douleur du cou ayant gagné toute la partie postérieure de la tête, me sentant d'ailleurs abattu par la fièvre, je me couchai : la nuit fut très agitée. Le mal continuant à parcourir d'arrière en avant toute l'étendue du muscle occipito-frontal, il me fut impossible de goûter un instant de repos. Le 2, vers les six heures du matin, la douleur ayant diminué, je m'endormis, et à neuf heures, lorsque je m'éveillai, j'étais en sueur, mais exempt de toute souffrance. Je me crus guéri, pensant que mon indisposition était une simple suppression de transpiration que son rétablissement avait dissipée. Quoiqu'un peu fatigué de la mauvaise nuit que je venais de passer, je vaquai néanmoins à mes affaires une grande partie de la matinée du 2; mais vers les trois heures de l'après-midi, je fus pris comme la veille de bâillements, de pendiculations, d'un violent froid qui dura environ une heure, et fut immédiatement suivi d'une chaleur insolite à la peau, de soif, de fièvre et d'une douleur très vive qui s'étendit progressivement, comme le jour précédent, depuis les lombes jusqu'aux attaches du muscle occipito-frontal. Arrivée à la tête, elle devint si violente que je manque d'expressions pour la qualifier; elle était tantôt poignante, tantôt déchirante, et isochrone aux battements des artères qui sillonnent le cuir chevelu, battements dont la force me paraissait plus que décuplée. A chaque contraction du cœur, dont le nombre s'élevait de quatre-vingt-cinq à quatre-vingt-dix par minute, la douleur était exaspérée au point que, quel que fût mon courage, je ne pouvais m'empêcher de pousser des cris; je croyais à chaque instant rendre le dernier soupir; cependant la partie malade n'était ni rouge ni tuméfiée, elle était seulement plus chaude. La pression exercée avec les deux mains, ou par un bandeau circulaire, ou la seule compression des artères temporales, occipitales et auriculaires postérieures, diminuaient sensiblement mes souffrances; mes yeux étaient rouges et saillants, mon visage animé, tout mon corps brûlant. Au milieu de cette grande agitation, mon estomac restait calme; point de soif; la pression même un peu forte de cette région n'éveillait aucun

sentiment pénible ; la langue était pâle, humide, bien épanouie ; seulement elle était couverte d'une légère couche muqueuse. Aucune autre fonction de l'économie ne souffrait ; tout mon mal résidait à l'extérieur du crâne. Soit que je fusse épuisé par la violence de la douleur, ou que celle-ci eût un peu diminué, vers les trois heures du matin je m'endormis, et lors de mon réveil, trois heures après, il ne me restait plus qu'une rude fatigue générale et une grande roideur du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien droit, accidents qui se dissipèrent en partie dans la matinée par quelques légères sueurs chaudes, mais fugaces.

J'aurais dû profiter du calme dont je jouis toute la matinée pour prévenir le retour d'un nouvel accès, je n'en fis rien ; je me contentai de garder la diète, de me mettre à l'usage de la limonade, de prendre quelques lavements et un bain de pieds. Je pensai payer cher ma temporisation, car le 3, vers les quatre heures après midi, le frisson revint, et immédiatement après la douleur de la nuque et de la tête. Mais cette fois elle fut si violente que je soutiens que l'homme le plus robuste ne pourrait l'endurer pendant douze heures sans succomber. Chaque contraction du cœur était un coup de poignard pour ma tête ; les artères de cette partie du corps battaient avec tant de force qu'à chaque systole elle était soulevée de dessus l'oreiller ; il me semblait qu'avec des milliers de pinces on m'arrachait autant de fils nerveux ; je n'osais ni me moucher, ni éternuer, ni tousser ; à peine si j'osais respirer ; j'étais comme anéanti ; mon pouls battait quatre-vingt-huit fois par minute ; mon visage et mes yeux étaient rouges et étincelants. Dans ces souffrances inouïes, mon estomac restait tranquille ; il était insensible, quoique tout mon corps fût comme dans un brasier. Vers les cinq heures du matin enfin, les douleurs s'apaisèrent, et je pus goûter deux heures de sommeil ; mais, à mon réveil, mes forces étaient tellement épuisées et ma figure tellement changée, qu'à me voir on aurait dit que je venais de faire une maladie de vingt jours.

Mieux éclairé sur la nature de mon mal, je me décidai à prendre douze grains de sulfate de quinine en quatre doses, à la distance d'une heure l'une de l'autre : leur effet répondit à mon attente, car l'accès fut retardé de quatre heures, et les symptômes furent si faibles, en comparaison de ceux que j'avais éprouvés la veille, que dans la nuit je pus tousser, me remuer, dormir un peu ; et, dès le matin, après quelques légères sueurs, je pus me lever et prendre demi-once de crème de tartre qui me procura six selles. L'ingestion du sulfate de quinine n'occasionna ni chaleur ni sensibilité, et rien qui pût faire soupçonner l'existence d'une irritation du tube digestif. La crème de tartre ne changea pas davantage l'état normal des voies gastriques, car la langue resta humide, bien épanouie, et seulement couverte d'une légère couche muqueuse.

Le 5, je fus tranquille jusqu'à quatre heures ; alors retour de l'accès, réapparition de la douleur et de la roideur des muscles de la nuque et de la tête, et peu après, fièvre, chaleur, etc. ; mais tous ces phénomènes présentèrent un degré d'intensité infiniment moindre. A minuit je m'endormis, et à mon réveil, le 6, je trouvai ma tête et mon cou libres, de sorte que je ne saurais affirmer au juste quelle fut la durée de l'accès.

A mon lever, le 7, ma bouche était pâteuse, la langue couverte d'une épaisse couche muqueuse, sans rougeur prononcée sur les bords ; je n'hésitai pas à prendre six grains de sulfate de quinine, étendus dans une potion antispasmodique. Le 8, point d'accès ; l'appétit renaît. Enfin, le 12, je jouissais de la plénitude de mes facultés.

Ce n'est pas pour la première fois, ajoute M. Costa, que je suis affecté d'une maladie semblable : en mai 1822, étant déjà médecin du grand lazaret des Pyrénées-Orientales, j'éprouvai une maladie qui, à l'intensité près, offrit les mêmes caractères. Une forte saignée du pied, pratiquée pendant le troisième paroxysme, ayant diminué sensiblement la violence et la longueur de l'accès, je me déterminai le lendemain, avant l'apparition du quatrième, à me faire appliquer vingt-cinq sangsues aux malléoles, lesquelles terminèrent heureusement mon mal. Voilà donc une affection rhumatismale périodique combattue par des moyens diamétralement opposés, et qui cependant ont produit les mêmes résultats (*Nouvelle bibliothèque médicale*, t. IV, 1826.)

Rhumatisme intermittent, type quotidien et tierce. (Fièvre pernicieuse rhumatismale.)

N° 61. M. L...., âgé de vingt-six ans, d'une constitution sèche, nerveuse, d'un tempérament bilieux, habitant un village situé au fond d'un vallon et entouré d'eau, se mouilla beaucoup, le 2 mai 1834, pendant une longue marche. Depuis cette époque, inappétence, refroidissement dans tous les membres et lassitude, qui allèrent en augmentant jusqu'au 6, jour de ma première visite. Je le trouvai dans l'état suivant : membre inférieur droit demi-fléchi, avec impossibilité de l'étendre, et tellement douloureux au-dessus, au-dessous du genou, le long de la face externe de la cuisse, et enfin vis-à-vis de tous les tissus fibreux, que l'on ne pouvait y appliquer le bout du doigt sans faire grimacer le malade. D'ailleurs ventre météorisé, douloureux à l'épigastre, inappétence, lassitude générale extrême, insomnie, anorexie, peau un peu halitueuse, pouls mou et irrégulier.

Prenant la maladie pour un rhumatisme articulaire aigu, je proposai la saignée qui, fort heureusement, répugna au malade. On lui appliqua trente sangsues *loco dolenti*, et il prit un bain qui le fatigua beaucoup. (Diète, infusion sudorifique.) Le 7, *le prétendu* rhumatisme envahit le membre gauche : exacerbation vers le soir; nuit agitée, soubresauts des tendons. (Vingt-cinq sangsues *loco dolenti*; diète, même tisane.)

Le 8, le rhumatisme passe à l'articulation tarso-métatarsienne, et de celle-là à d'autres. Le malade n'ayant point rendu de selles depuis long-temps, on lui administra un peu de sulfate de magnésie qui lui fit faire quelques selles bilieuses et augmenta le mal. (Cataplasmes sur les articulations malades; infusion sudorifique, diète.)

Son état ne fit qu'empirer jusqu'au 13 mai, jour où la maladie se dessina nettement par un accès bien caractérisé, avec frisson, chaleur, sueur et rhumatisme articulaire qui disparaissait dans l'apyrexie. Je n'ai point remarqué s'il y avait rougeur et tuméfaction des articulations envahies. (Sulfate de quinine, diète.) Le 15, autre accès qui dura dix huit heures, suivi de sudamina au creux épigastrique; urines briquetées, fétides. (Même prescription.)

Le 17, autre accès marqué par un simple changement de couleur et une décomposition éphémère de la figure, quelques soubresauts dans les tendons, sommeil encore troublé par des rêves sinistres. (Potage matin et soir; solut. fébrif.) Le 19, point d'accès de rhumatisme ni de fièvre. (Voisin, *Gazette médicale de Paris*, 1836.)

Autre rhumatisme avec le type tierce.

N° 62. Une femme âgée de soixante-dix ans éprouva un frisson fébrile. Le lendemain, rien de particulier. Le troisième jour, fièvre commençant par

un frisson suivi de chaleur et de douleurs très vives à l'épaule et au bras gauches : le lendemain, ces douleurs disparaissent presque entièrement; il survient seulement un peu de tuméfaction à la main gauche. Le jour suivant, retour de la fièvre accompagnée de douleurs très vives aux deux mains et aux pieds, et revenant ainsi avec une nouvelle intensité tous les deux jours, pendant qu'il y avait une rémission bien manifeste les jours intermédiaires. (*Éphém. des cur. de la nat.*, an. VIII, obs. 46.)

Raim-Fortis a observé une affection arthritique avec le type tierce, qui avait été occasionnée par la suppression des hémorroïdes. (Sauvages, *Nosologie méth.*, t. II.)

Rhumatisme goutteux sous type tierce.

No 63. Le 29 juin 1824, Thiroux, chasseur du 10e léger, fait une chute dans l'un des fossés des fortifications de Thionville : il en résulte dans le genou gauche un gonflement inflammatoire qui s'étend jusqu'au tiers inférieur de la cuisse et au quart supérieur de la jambe. Cet homme est envoyé de suite à l'hôpital militaire, où je suis provisoirement chargé en chef du service chirurgical, et je lui prescris le régime et le traitement indiqués en pareil cas; j'insiste particulièrement sur les émissions sanguines locales. Le 11 juillet, treizième jour de sa chute, les accidents inflammatoires paraissent dissipés; il ne reste dans l'articulation qu'un peu de roideur jointe à une légère douleur, qui augmente quand le blessé veut fléchir la jambe. L'état du genou reste le même jusqu'au 18. Dans cet intervalle, un léger catarrhe pulmonaire et un peu de constipation viennent compliquer la première affection. Le traitement est modifié en conséquence : je n'emploie pour topique que le liniment camphré opiacé. Le 18 au soir, le malade ressent dans l'articulation une douleur vive qui, une demi heure après, est suivie d'un accès de fièvre bien prononcé. Tous les jours pairs, un accès semblable, précédé de la même douleur locale reparaît à peu près à la même heure, jusqu'à la fin du mois. Je ne doute pas que la fièvre ne soit une conséquence de l'irritation intermittente de l'articulation fémoro-tibiale; c'est pourquoi, le 31, jour d'apyrexie, je prescris quart, œufs et pruneaux, matin et soir, deux litres d'oxycrat, deux potions acidulées, un demi-bain tiède, et un cataplasme émollient arrosé de teinture d'opium. Le soir, je fais appliquer vingt sangsues autour de la rotule; il en résulte quinze piqûres qui saignent une partie de la nuit.

L'accès que le malade attend le lendemain n'a pas lieu, et tous les phénomènes se bornent à une très légère horripilation. Je continue le même régime et le même traitement, à l'exception de la saignée locale.

Le 3 août, l'accès manque encore, Thiroux me prie de lui accorder la demie, et je cède à ses instances: il se promène dans la journée. Le 4, au matin, douleur dans l'articulation (frictions locales avec le liniment opiacé), accès de fièvre d'une demi-heure, à huit heures du soir. Le 5, application d'un cataplasme émollient, arrosé de teinture d'opium, à renouveler trois fois dans la journée; je recommande au malade de ne plus marcher.

Le 6, au matin, la douleur locale se renouvelle, et l'accès de fièvre a lieu à une heure après midi. Le 7, je réduis les aliments au quart. La langue a toujours été large et blanchâtre, sans rougeur au pourtour. (Même médication que ci-dessus, plus deux onces de vin de quinquina.) Le 8, accès de fièvre à onze heures du matin. Le 9, je fais frictionner le genou avec le liniment opiacé; je le fais envelopper de flanelle imbibée de décoction émolliente. (Mêmes médicaments à l'intérieur.) Un léger paroxysme a lieu le 10, vers huit heures du matin :

je double la dose du vin de quinquina. Depuis lors, plus de mouvement fébrile, plus de douleur locale, et aujourd'hui, 16 août, le malade en pleine convalescence, peut se promener sans béquilles. (Deleau. *Annales de la médecine physiologique,* t. III.)

Affection goutteuse avec le type tierce. (Fièvre pernicieuse, arthritique de l'auteur.)

N° 64. M. D..., âgé de vingt-huit ans, avait éprouvé quelques accès de goutte dont il ne s'était pas ressenti depuis environ trois ans. En 1816, à la suite d'un voyage dans le Midi et de l'usage de quelques médicaments un peu âcres, il fut atteint d'une cardialgie que des boissons et une diète adoucissantes avaient dissipé depuis peu, lorsque le 21 octobre il survint un frisson violent, accompagné de tous les autres symptômes qui caractérisent un accès de fièvre, et de plus un gonflement du pied droit, qui semblait annoncer qu'un accès de goutte voulait se développer. Une sueur abondante rétablit le calme, et la tuméfaction du pied disparut. Le malade fut en pleine sécurité jusqu'au 23, époque à laquelle un second accès, semblable au premier, mais beaucoup plus intense, inspira des craintes aux personnes qui l'entouraient. Je fus appelé auprès de lui. Le visage était rouge, la langue humide et dans l'état naturel, la céphalalgie très vive, le pouls dur et serré; il y avait un léger tremblement des lèvres et un peu de délire.(Eau de poulet, avec la fleur de tilleul, potion calmante.)

Le 25, le malade se crut guéri; mais la journée du lendemain fut marquée par un accès qui ne laissa point de doutes sur la nature de l'inflammation; le pied commença par devenir douloureux et gonflé; les frissons survinrent bientôt, avec délire furieux, soubresauts des tendons, regard égaré, etc. (Sinapismes aux jambes; demi-once de quinquina en trois prises dès le commencement de l'apyrexie; plus tard, un lavement avec l'infusion de camomille et vingt grains de camphre).

Le 27, l'accès fut borné au gonflement du pied et à un léger mal de tête; ce qui persuada au malade que la goutte allait reparaître, et lui fit apporter beaucoup de résistance à prendre une seconde dose de quinquina égale à la première. Les accès ne reparurent plus; les forces abattues se relevaient rapidement, lorsque, le sixième jour de la convalescence, par un temps froid, le malade alla se promener dans la campagne; à son retour, il éprouva quelques frissons et une douleur assez forte dans le pied droit. J'insistai inutilement sur l'administration du quinquina. Le lendemain, la douleur du pied fut plus vive, et le frisson régulier, accompagné d'un grand mal de tête. Trois verres de décoctions de quinquina, données par jour, suspendirent les accès pendant trois fois vingt-quatre heures. Le malade les cessa deux jours, et il reparut un accès que le quinquina arrêta encore; ce médicament, continué pendant huit jours, assura la guérison. (J. L. Brachet, *Journal complémentaire,* t. III.)

Rhumatisme articulaire, type rémittent, quarte et quotidien. (Fièvre intermittente, pernicieuse, ischiatique de l'auteur.)

N° 65. Bernardo T.., âgé de soixante-quatorze ans, menant depuis quelques années une vie commode, mais demeurant sur les bords de l'Anza dans un moulin à amalgamer l'or, où la température ne s'élève pas, même en juillet, au-dessus de 6° R., éprouva au commencement d'octobre de l'année dernière, des douleurs vagues aux reins, puis aux régions sacrée et coxale gauches. Le mé-

decin appelé pour lui donner des soins, voyant dans cette affection un cas de rhumatisme simple, conseilla l'acupuncture. le malade s'y refusa et préféra les sangsues et les fomentations d'eau froide que l'on y substitua; il en résulta de l'amélioration. Le malade, pour réparer la perte de sang, crut bien faire de boire une certaine quantité de vin. Retour de l'exacerbation fébrile, qui fut calmée par le régime et des frictions avec la pommade stibiée sur le point douloureux. Deux jours se passèrent assez bien, puis la fièvre le reprit, et l'accès dura six heures. A sa visite le médecin trouva le pouls mou, un peu fréquent, signes d'embarras gastrique, constipation depuis deux jours, urines rares et colorées, douleur de la cuisse violente, augmentant au moindre mouvement. (Deux onces d'huile de ricin, décoction d'orge nitrée, abstinence de vin, panade.) Mieux pendant trois jours; la douleur reparaît, et avec elle la fièvre, accompagnée de frisson et d'une soif ardente: pouls fréquent et petit; douleur à l'épigastre, langue blanchâtre, urines rares et sédimenteuses, constipation, douleur de la cuisse très vive; l'accès dure huit heures, et se termine par des sueurs. (On reconnaît une *fièvre intermittente rhumatismale,* et l'on prescrit quinze grains de quinine en trois prises; vésicatoire sur l'endroit douloureux) Exacerbation de la douleur, nuit agitée, insomnie, pouls moins fréquent et même lent, douleur d'estomac, angoisse; cet état dura tout le jour. (On ajoute aux deux doses de quinine qui restent à prendre, un demi-grain de sulfate de morphine.) Il en résulte un peu de calme; le vésicatoire rend abondamment, et la douleur rhumatismale est apaisée.

Le lendemain matin, elle revient avec fureur (toujours dans la région sacrée et coxale); agitation, rigor suivi de chaleur intense, pouls très fréquent, angoisse, difficulté de parler, vomituritions, syncopes, léger délire, tremblement des extrémités, urines rares, ventre tendu. Neuf heures après, rémission, sueur abondante, le pouls se ralentit. (Vingt grains de sulfate de quinine en cinq prises, de quatre en quatre heures.) Amendement dans l'après-dîner; dans la nuit insomnie; à deux heures retour de l'agitation, syncopes. (Quatre autres grains de quinine et un de sulfate de morphine, autant le soir et à la quatrième heure de la nuit.) Calme, sommeil paisible de trois heures, puis un nouvel accès de fièvre plus violent que le précédent; après onze heures de souffrance, terminé par la sueur. (On prescrit six grains d'émétique dans une livre d'eau, la moitié à prendre en une seule dose, le reste par onces de deux heures en deux heures.) Le malade prend le tout en deux fois à peu de temps d'intervalle, et favorise le vomissement par de l'eau tiède; une sueur modérée survient; quatre selles, puis sommeil assez paisible.

Le lendemain, six grains d'émétique à doses fractionnées. Après les premières prises, vomissements, sueurs, deux selles, nausées continuelles; l'état général s'améliore après les suivantes.

Le jour suivant, il prend encore trois grains d'émétique, la fièvre ne revient point, et la douleur rhumatismale se dissipe. (G. Fantonetti, *Annal. univers. di medicina*, t. LX.)

Rhumatisme articulaire avec le type quarte.

N° 66 Gendron, charpentier, âgé de quarante-huit ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution athlétique, était depuis long-temps sujet à des douleurs rhumatismales qui revenaient à des époques indéterminées, et qui variaient beaucoup pour leur siége et leur intensité. Il les avait éprouvées particulièrement dans les lombes, dans l'articulation iléo-fémorale, dans les genoux et l'épaule gauche.

Au commencement du mois d'octobre 1819, Gendron ayant été exposé à

la pluie, et ayant conservé pendant près d'une journée les habits mouillés qu'il portait, éprouva des frissons, des lassitudes, un malaise général, du dégoût pour toute espèce de nourriture, et des douleurs violentes dans le genou gauche; ces douleurs prirent bientôt un accroissement tel que le malade fut obligé de rester au lit, et me fit appeler le 6. Je le trouvai en proie à des douleurs cruelles et comme lancinantes dans le genou gauche. Cette articulation était tuméfiée, très chaude et un peu rouge; le pouls était fébrile, l'appétit nul, la soif vive; il n'était pas allé à la selle depuis quelques jours. Un peu de douleur qui s'était fait sentir dans le principe au genou droit avait disparu. Je prescrivis la diète, une boisson rafraîchissante et diurétique, un lavement, l'application de vingt sangsues et d'un cataplasme émollient sur le genou malade. Les douleurs furent promptement arrêtées; le gonflement et la gêne cédèrent aussi dès le lendemain; de sorte que, le 8, Gendron se crut parfaitement guéri. Il reprit ses travaux le 9; mais le lendemain de nouvelles douleurs se font sentir au même genou; il continue à travailler : les douleurs deviennent bientôt si violentes qu'il est forcé d'abandonner son travail. Il survient, comme auparavant, de la gêne, du gonflement et une chaleur tels, dans l'articulation dont il s'agit, que le malade ne peut la remuer sans éprouver les douleurs les plus aiguës; application de quinze sangsues et continuation des autres moyens indiqués. Les douleurs diminuent vers la fin de la journée, et cessent entièrement durant la nuit, à l'aide de sueurs générales très abondantes; il ne reste, le 11, qu'un peu de gonflement; mais les douleurs se portent sur le genou droit. Comme elles sont supportables, le malade se contente de rester au lit, et le lendemain toutes ces nouvelles douleurs disparaissent encore.

Le 12, il ne souffre nulle part; toutes ses articulations sont libres; il se lève et marche facilement.

Le 13, même état. Je croyais cet individu entièrement guéri; je ne l'avais plus revu depuis le 10, vu qu'il était éloigné d'une lieue environ de ma résidence. Mais le 14, je fus appelé de nouveau vers les onze heures du matin, et je trouvai mon malade livré à des douleurs cruelles qui avaient commencé dès la pointe du jour, heure à laquelle il avait voulu se lever pour aller à son travail. C'était encore le genou gauche qui en était le siége. Cette articulation n'offrait point à l'extérieur d'autres signes d'inflammation qu'un peu de gonflement; mais on ne pouvait la presser ni la remuer sans faire éprouver au malade des douleurs insupportables. Le pouls était dur, fréquent; il y avait du dégoût, de l'inappétence, et plusieurs phénomènes sympathiques. Je pratiquai une saignée; j'ordonnai l'application de huit sangsues et d'un large cataplasme émollient sur l'articulation malade, une décoction d'orge et de chiendent édulcorée et nitrée, puis la diète. Le malade n'étant pas allé à la selle depuis plusieurs jours, et n'ayant pas la facilité de prendre des lavements, je prescrivis un léger purgatif. Dans cet accès, comme dans le précédent, les douleurs quittèrent promptement le genou gauche pour se porter sur le droit. Elles se firent sentir dans ce dernier avec tant de violence durant toute la nuit, que le malade ne put fermer l'œil; le lendemain, cette articulation était gonflée, rouge, et si douloureuse, qu'on pouvait à peine la toucher sans faire pousser des cris au malade. J'y fis appliquer douze sangsues et un cataplasme émollient; du reste, mêmes moyens. Le sang coula durant toute la journée par la piqûre des sangsues, et les douleurs furent si peu marquées vers le soir, que le malade put dormir presque toute la nuit. Le 16, il sort de son lit, se promène et ne sent de mal nulle part.

Frappé du caractère périodique de cette affection, je m'empresse de pres-

crire six gros de quinquina en poudre, à prendre, par différentes doses, dans la journée du 17. L'état de l'estomac est tel, que l'appétit est augmenté, loin d'être dérangé par l'administration de ce médicament. Le 18, l'affection rhumatismale revient, mais elle change de place, et les douleurs se font sentir dans l'épaule gauche. Ces douleurs étant supportables, et le type intermittent de cette affection bien constaté, je négligeai tous les moyens locaux, je prescrivis simplement le repos au lit et quelques boissons délayantes. Les douleurs de l'épaule ne tardèrent point à disparaître; et dès le lendemain, il n'y avait plus qu'un peu de gêne dans cette articulation. Le 20, liberté de tous les organes, intégrité de toutes les fonctions. Même état le 21 ; le malade prend une once de quinquina. Le 22, retour de quelques douleurs au genou droit seulement ; elles disparaissent dans la journée, sans autre moyen que le repos. On continue l'usage du quinquina, et l'affection rhumatismale n'a point reparu.

Autre rhumatisme avec le type quarte.

N° 67. Senac a observé un homme à qui il survenait, tous les trois jours régulièrement, une douleur très violente dans la région sous-scapulaire ou dans l'articulation scapulo-humérale ; cet habile praticien, ayant administré le quinquina au malade, le délivra très promptement de cette affection rhumatismale, qui présentait le type quarte. (*De recondita febr. intermitt. naturâ*, pag. 136).

Musgrave a observé des douleurs arthritiques qui revenaient tous les trois jours à la suite d'une fièvre intermittente quarte. (*De arthritide regul.* cap. 9).

Morton, ouvrage cité, parle de deux exemples de goutte intermittente, qui ont succédé à des fièvres quartes.

Autre rhumatisme intermittent.

N° 68. Une femme de trente-six ans, accouchée depuis un mois, et qui venait de perdre son nourrisson, fut reçue à la clinique interne de la faculté de Strasbourg, dans les premiers jours de juillet 1818. Elle avait les extrémités supérieures et inférieures extrêmement enflées, rouges, douloureuses, à ne pouvoir être touchées en aucun point ; elle ne trouvait aucune position bonne ; les mamelles et une partie de la poitrine étaient pareillement enflées et douloureuses ; fièvre en même temps très vive, et céphalalgie ; selles et urines supprimées, ou ne s'exerçant qu'avec peine. Elle nous avoua que, vu l'extrême chaleur, elle n'avait point pris de précaution pour se couvrir après avoir cessé de nourrir. Une méthode antiphlogistique très active fut employée immédiatement, puis des fomentations émollientes, et des frictions avec de l'huile camphrée. Le troisième jour, les principaux symptômes avaient déjà cessé; des pilules antimoniales furent alors administrées à assez forte dose, et le gonflement des membres abdominaux ayant disparu, cette femme put commencer à se lever. Successivement les douleurs et le gonflement des membres pectoraux diminuèrent aussi ; et nous croyions la malade proche de la guérison, lorsque tout-à-coup les genoux devinrent enflés, comme la première fois, puis les talons, les orteils, ensuite les deux coudes et les doigts. Nouvel amendement et nouvelle rechute, ce qui alternait suivant que l'atmosphère était sereine ou nébuleuse. Je renonçai alors à l'antimoine, pour administrer le quinquina, qui m'avait déjà réussi contre des rhumatismes semblables, sujets à des retours périodiques. La malade en ayant pris une demi-

once par jour en quatre prises, alla de mieux en mieux, et ne s'aperçut plus des changements de temps. Après des chaleurs très fortes, l'air se refroidit tout-à-coup, et il tomba de la pluie dans les premiers jours du mois d'août. Je permis à la malade, pour l'éprouver, d'aller se promener en ville; elle n'eut point de rechute. Elle sortit de la clinique, parfaitement rétablie, le 10 août, après avoir pris sept onces de quinquina. (*Foderé.*)

Affection goutteuse avec le type d'abord quotidien, puis double-quarte. (Febris larvata.)

N° 69. Une femme âgée de quarante ans, dont les règles avaient toujours été peu abondantes et irrégulières, dont le corps était un peu enflé, éprouvait surtout tous les matins de l'inappétence, des envies de vomir ou des vomissements bilieux, et des douleurs très marquées dans les articulations.

Cette femme avait été guérie, par le moyen du quinquina, d'une fièvre tierce assez intense; mais n'ayant point continué l'usage du quinquina aussi longtemps qu'il aurait fallu, et ses règles s'étant supprimées à cause de son âge, elle fut prise, l'automne suivant, d'une fièvre continue avec une goutte erratique dont quelques ignorants, dit Werlhof, attribuaient la cause au quinquina dont elle avait fait usage deux ans auparavant.

La malade ayant pris pendant trois semaines des remèdes adoucissants, diaphorétiques, et ayant observé un régime convenable, son affection prit une marche régulière et se présenta sous le type double-quarte. Werlhof profita alors de la rémission bien sensible qu'on observait dans la fièvre et les douleurs arthritiques, pour administrer le quinquina dont la malade, plus docile à ses avis, continua l'usage à certains intervalles déterminés et sous diverses formes convenables; par cette précaution, l'affection goutteuse et la fièvre furent guéries sans retour.

On vit alors les règles couler plusieurs fois encore; l'appétit se rétablit peu à peu; le vomissement du matin cessa entièrement; les forces de la malade se rétablirent et sa constitution s'améliora. (Werlhof. *Observationes de febribus.*)

Kniphof a observé une affection arthritique qui récidivait tous les ans chez un marchand, et se montrait ponctuellement le même jour. (*Acta. nat. curios.*, vol. v, obs. 18.)

Nous venons de rapporter bon nombre de faits qui ne laissent aucun doute, ce nous semble, sur l'existence des phlegmasies intermittentes des membranes muqueuses oculaire, nasale, auriculaire, sur les inflammations périodiques des tissus cutané, musculaire, fibro-séreux des articulations, et même du tissu cellulaire, sous forme de fluxions sanguines et de tumeurs phlegmoneuses. Il y a, parmi les auteurs dont nous avons recueilli les observations, des noms trop connus, des praticiens qui ont vécu à une époque trop éloignée de nous, pour qu'on puisse dire qu'ils aient conspiré en faveur de la doctrine physiologique! Morton, Werlhof, Storck, Wolphius, Hoffmann, Strark, Musgrawe, Senac, Van-Swiéten, Conrad Gmelin, Medicus, Vander-

monde, Lorry, Lordat, de Mertens, Fodéré, etc., nous ont laissé des faits dont les symptômes indiquent manifestement des phlegmasies intermittentes externes.

Plusieurs de ces faits, il est vrai, surtout les plus anciens, manquent de détails satisfaisants, mais ils ont cela de commun avec la plupart des autres observations rapportées par les mêmes auteurs, quel que soit d'ailleurs le genre, quel que soit le type des maladies dont ils nous ont transmis des histoires particulières. Tout médecin qui a un peu lu sait très bien qu'anciennement on n'attachait aucune importance à ces détails de faits, exigés aujourd'hui pour de bonnes raisons. Le manque de détails ne peut donc raisonnablement être un motif de réprobation pour les affections intermittentes qu'autant qu'il en sera un également pour toutes les autres maladies. Or, quel médecin de bonne foi récusera jamais le témoignage de l'antiquité? Son langage, quelque simple et laconique qu'il soit dans l'exposition des faits comme en toute chose, ne semble-t-il pas porter avec lui le sceau de la vérité? Quand des Hoffmann, des Van-Swiéten, des Strark nous apprennent qu'ils ont vu des ophthalmies périodiques dans lesquelles ces grands observateurs ont reconnu des symptômes inflammatoires, puisqu'ils les attaquent par la saignée et les antiphlogistiques, comme le fit, par exemple, Van-Swiéten dans l'observation sous n° 2, peut-on nier de tels faits ou récuser de pareils témoignages? Quand Hoffmann nous apprend qu'il s'est formé sur l'œil de son malade une taie, pensera-t-on que cette taie soit la suite d'une affection nerveuse? il en est de même à cet égard de l'observation suivante: et quand un Stoll reconnaît des ophthalmies ou des coryzas intermittents, nos 4 et 21, quand ce grand praticien, si peu partisan de la saignée et des sangsues en général, et si disposé à ne voir partout que des affections bilieuses, surtout dans les fièvres intermittentes; quand, dis-je, Stoll traite une ophthalmie intermittente par des applications de sangsues, un coryza périodique par les émollients et la saignée, avant d'en venir à l'administration des évacuants, on peut bien croire que Stoll avait bien vu de véritables phlegmasies. MM. Rayer et Bailly nous diront-ils que ces faits manquent de détails et d'importance; que ces affections périodiques n'étaient pas inflammatoires; qu'elles n'étaient pas *primitives*, mais sous la *dépendance* d'une fièvre d'accès ou d'une irritation cérébro-spinale? Mais les observateurs dont il s'agit savaient distinguer

aussi les affections nerveuses ; ils en ont vu sous type intermittent, et ne les ont pas confondues avec les précédentes ; ils ne nous disent pas non plus qu'ils les aient recueillies, ces phlegmasies périodiques, pendant une épidémie de fièvres d'accès ; quelquefois même elles n'étaient pas accompagnées de fièvre ; comment donc concevoir l'influence ou la dépendance d'un être imaginaire, d'un être fébrile ou nerveux qui n'existe pas !

Quant aux détails, quant au nombre de symptômes suffisants pour caractériser des ophthalmies et des coryzas intermittents, si les faits anciens ne conviennent pas, ou ne sont pas de nature à satisfaire toutes les exigences, peut-il en être de même, et n'a-t-on pas presque l'embarras du choix, dans les observations qui ont été recueillies depuis cette époque? C'est ainsi qu'Arloing, sous n° 13, nous dit qu'il a reconnu dans l'inflammation de l'œil un chémosis qui cachait presque la cornée transparente, qui causait des élancements très vifs au fond de l'orbite, et qui resserrait tellement les paupières qu'on ne pouvait les écarter pour examiner l'œil, d'ailleurs très sensible à la moindre lumière, etc. On voit, dans l'observation sous n° 14, une jeune personne sanguine chez qui la conjonctivite est occasionnée par la suppression de ses règles, et qui guérit par le retour de cette évacuation sanguine. Doutera t-on de la nature inflammatoire de cette ophthalmie dont les symptômes locaux étaient d'ailleurs très caractéristiques, comme il est facile de s'en assurer? Cependant elle présentait le type tierce, et les intermissions étaient si complètes que la jeune personne pouvait s'occuper à lire le jour qu'elle n'avait pas d'accès ophthalmiques. On ne peut pas davantage douter de la nature et du type des conjonctivites quotidiennes, tierces et quarte, rapportées sous les n°s 6, 7, 8, 9, 10 et 15 ; puisque dans toutes ces observations les symptômes inflammatoires sont exposés avec détail, puisqu'il y a même des médecins qui, pour mieux s'assurer et de la nature et du type de l'inflammation dont il s'agit, ont attendu plusieurs accès inflammatoires avant de leur opposer les moyens convenables et de les combattre par le sulfate de quinine ; par cette attente, ils ont même été obligés, avant la terminaison du dernier accès ophthalmique qui fut très violent, d'en venir à des applications de sangsues avant l'emploi déjà projeté de l'anti-périodique, comme dans l'observation sous n° 7. Il en est de même des autres faits que je viens de citer, dans lesquels les praticiens qui les ont observés ont parfai-

tement reconnu une inflammation de l'œil et des paupières, qu'ils ont combattue d'abord par la saignée, les sangsues et les autres moyens antiphlogistiques appropriés, croyant n'avoir affaire qu'à une phlegmasie ordinaire ; mais ayant constaté l'insuffisance de ces derniers moyens et le type intermittent de l'ophthalmie, tous en prévinrent le retour par l'administration du quinquina ou du sulfate de quinine.

Nous ne dirons que deux mots des observations sous nos 11 et 12, d'iritites intermittentes, dont la dernière était survenue à la suite de l'opération de la cataracte par abaissement. Ces inflammations, comme il convient en pareil cas, furent d'abord attaquées par un traitement antiphlogistique très énergique, surtout de la part de M. Bourjot-Saint-Hilaire, qui, ayant reconnu pourtant l'insuffisance des saignées, des applications de sangsues et de tous les révulsifs possibles, et ayant remarqué le type intermittent de l'iritite, essaya l'emploi du sulfate de quinine selon la méthode endermique. Ce dernier emploi n'ayant pas réussi complétement, on l'administra en lavements, qui furent presque nuisibles et occasionnèrent un violent priapisme. Alors M. Bourjot-Saint-Hilaire eut l'heureuse idée de faire aspirer le sulfate de quinine par le nez, en poudre, comme du tabac ; de cette manière il obtint un succès plus marqué. L'usage de la belladone, qui a été conseillé en pareil cas, est plus nuisible qu'utile, parce que son effet se bornant à dilater la pupille, les douleurs iralgiques se trouvent plutôt augmentées que diminuées : c'est un traitement antiphlogistique très actif, ce sont les adoucissants locaux et généraux qui conviennent le mieux. Il est bien à regretter que ces deux observations manquent de détails propres à faire mieux connaître l'inflammation de l'iris. M. Quadri, en sa qualité de professeur d'ophthalmologie à Naples, eût été bien à même de décrire les modifications éprouvées par l'iris et les autres parties intégrantes de l'œil pendant l'inflammation de la membrane dont il s'agit. Comme dans l'observation de M.Quadri, on a remarqué que l'iritite, toutes les fois qu'elle se trouvait en partie sous l'influence d'une affection vénérienne, présentait presque toujours, sinon un type intermittent absolu, du moins des exacerbations nocturnes parfaitement régulières. MM. Fournier et Bégin, dans les intéressantes notes qu'ils ont ajoutées au Traité des maladies des yeux de Scarpa, nous ont paru suppléer aux détails qui manquent dans les faits que nous avons rapportés : «La douleur locale, l'aversion pour

» la lumière et le larmoiement, disent-ils, paraissent plus consi-
» dérables que ne l'indique la violence de l'inflammation de l'iris.
» Il se manifeste presque toujours une douleur fixe, profonde, qui
» paraît avoir son siége dans l'os frontal, qui occupe le sourcil et la
» partie supérieure et antérieure du crâne. *Cette douleur revient*
» *tous les soirs, s'accroît jusqu'à minuit, et se dissipe graduelle-*
» *ment au commencement du jour.* Chaque accès est accompagné
» de rougeur plus intense au globe de l'œil et d'un accroissement
» manifeste des symptômes de l'inflammation. Après que le
» calme est rétabli, la vue demeure affaiblie pendant quelques
» heures, etc. »

Les observations de conjonctivites périodiques, sous n°s 16 et 17, sont remarquables d'abord par leur type octane, qui est assez rare. La première présente encore cela de particulier qu'elle revient plusieurs fois à de longs intervalles, toujours en présentant le même type octane sur l'œil droit; tandis que, du côté gauche, l'inflammation de l'œil, y ayant été produite accidentellement par une violente contusion, fut continue comme à l'ordinaire; et tant que celle-ci dura, l'ophthalmie périodique de l'œil droit fut suspendue; puis, elle revint comme auparavant quand la phlegmasie continue fut dissipée. Cette alternative d'inflammation d'un œil à l'autre est assez remarquable aussi dans le second fait, observé par M. Meynier, dans lequel les deux yeux sont affectés, chacun deux fois successivement et toujours avec le type octane. Dans les réflexions dont il accompagne ce fait, le médecin dont il s'agit nous confirme qu'il n'y avait pas de fièvre chez sa malade, point de frisson au début, point de sueurs à la fin : « Le symptôme principal (l'inflammation) était si saillant,
» il effaçait tellement tous les autres que, sans une investigation
» attentive, dit-il, ceux-ci eussent pu nous échapper, *alors je*
» *n'y aurais vu qu'une phlegmasie absolument locale.* » On voit que ce médecin est encore dominé par le prestige de l'intermittence, et que, à l'exemple des anciens, il ne peut concevoir ce phénomène sans sa compagne ordinaire, la fièvre; et celle-ci n'étant pas survenue ou n'ayant pas existé dans l'ophthalmie périodique qu'il a observée, il la suppose; aussi caractérise-t-il ce fait une *fièvre ophthalmique octane !*

Dans les observations de rhinites intermittentes, rapportées par Deschamp et Carron, sous n°s 23 et 24, la phlegmasie de la membrane pituitaire *n'est pas bien évidente,* dit-on, ou se trouve

accompagnée de symptômes fébriles et gastriques qui *constituent la principale maladie!* Mais que ces rhinites soient primitives ou secondaires, toujours est-il vrai qu'elles ont existé aussi bien que celle observée par Stoll, dont nous avons déjà parlé, puisque ces phlegmasies ont été reconnues par les praticiens dont il s'agit, qui étaient bien à même, sans doute, de distinguer des coryzas de toute autre maladie. D'ailleurs, si l'on était de bonne foi, que manquerait-il dans ces deux faits pour caractériser des rhinites bien tranchées? puisque Deschamps nous dit qu'il y avait *un état de sécheresse, de pesanteur et de douleur dans la membrane muqueuse*, qui tapisse les fosses nasales et les sinus, pendant l'accès; tant que celui-ci durait, tous ces symptômes étaient très intenses et accompagnés de la suppression du mucus nasal dont la sécrétion ne se rétablissait que vers la fin de l'accès et durant l'intermission. Carron nous parle d'une *douleur très vive avec des tiraillements, des élancements dans la narine* et le *sinus maxillaire*, d'un *enchifrènement* très marqué, suivi de l'*écoulement d'un mucus puriforme*. Aurait-on d'autres symptômes pour caractériser des rhinites sous le type continu? Remarque singulière! encore aujourd'hui, comme nous l'avons déjà vu, quand il n'y a pas de fièvre chez un individu atteint d'une phlegmasie intermittente externe, ou quand celle-ci n'est pas assez intense pour provoquer des phénomènes sympathiques, comme dans les exemples de coryzas rapportés par Vandermonde et par M. Chomel sous n°s 22 et 25, on veut que la fièvre soit *cachée* ou *dissimulée!* Ce professeur, d'ailleurs si instruit et si bon observateur, ne nous dit-il pas à propos de ce fait: « *qu'on aurait pu croire à l'existence d'un rhume de cerveau?* Mais ces accès revenant tous les jours, cet accroissement régulier, cette durée des accès égale à celle des accès d'une fièvre intermittente, nous ont fait découvrir une analogie marquée, et nous ont indiqué une *fièvre masquée* ou *larvée!* » Fièvre larvée qui n'empêche pas ce praticien distingué de reconnaître des symptômes inflammatoires chez son malade, puisqu'il prescrivit une saignée et la diète, en attendant qu'on pût lui administrer le quinquina. D'où vient donc qu'on veut aujourd'hui ressusciter les fièvres larvées des anciens? En aurait-on besoin pour jeter quelque prestige sur les affections intermittentes, ou pour détourner les yeux des inflammations de même type qu'on est fort disposé à nier, ou sur

la nature et l'existence desquelles on provoque mille doutes, dans la crainte qu'avec de tels faits on achève de renverser l'antique échafaudage des *fièvres essentielles* qu'on veut maintenant, sinon conserver intact, du moins rajeunir assez pour le rendre viable, ne fût-ce que pour quelques années encore ?....

Parmi les phlegmasies intermittentes externes dont nous avons rapporté des exemples, plusieurs constituent des affections purement locales, sans agitation du pouls, sans symptômes généraux ou sympathiques, en un mot sans fièvre. On ne peut pas dire alors que ces affections ne soient qu'une dépendance ou qu'un effet de la fièvre, puisque celle-ci n'existe pas. Plusieurs de ces faits n'offrent également aucun symptôme gastrique : l'état de la langue et des fonctions digestives était excellent ; on ne peut pas les attribuer à un surcroît de bile ou à une lésion quelconque des organes digestifs, puisque rien n'indique le trouble de leurs fonctions. L'on ne peut pas davantage les placer sous l'influence d'une irritation de la moelle épinière et du cerveau, puisqu'il n'y avait point de céphalalgie, de frissons, de bâillements etc. Il faut bien se résoudre à ne voir que ce qu'il y a de visible ; et puisqu'il s'agit de maladies accessibles à nos sens, doit-on y voir autre chose que ce qui se présente à leur investigation ? et peut-on, dans l'étiologie et le diagnostic des maladies dont il s'agit, peut-on décemment renouveler aujourd'hui la supposition d'une *fièvre larvée* ou d'un *principe morbifique caché* dans les premières voies ? Il faut donc dans les phlegmasies intermittentes externes, comme dans toutes les autres, il faut, dis je, s'en tenir à ce qu'on voit, à ce qu'on touche. D'ailleurs quel autre plus sûr argument? quelle plus forte preuve que celle-là? Combien de maladies continues dont l'existence, nullement douteuse, est loin pourtant d'offrir une preuve aussi convaincante ! Or, tels sont les cas de conjonctivites, d'iritites, de rhinites, d'otites, d'inflammations cutanées, rhumatismales et goutteuses observées par Morton, Strack, Van-Swiéten, Vandermonde, Senac, Gesner, Arloing, Richerand, Chomel, Quadri, Hunter, Burnier-Fontanel, Lasserre, Meynier, Cazenave, Havard, sous les n°s 2, 3, 5, 6, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 22, 26, 41, 55 et 59. Ces phlegmasies intermittentes ne sont point précédées, accompagnées, ni suivies de fièvre ; elles ne sont caractérisées que par des symptômes locaux : ce sont, pour l'ophthalmie, une douleur locale aiguë, le larmoiement, la

rougeur de la conjonctive, parfois avec picotement et sensation d'un corps étranger, quelquefois élancement dans l'orbite et saillie plus considérable du globe de l'œil; pour le coryza, mal de tête correspondant à la racine du nez, sentiment de gêne, de chaleur, de sécheresse dans les fosses nasales, dans les sinus frontaux, douleurs plus ou moins vives dans ces parties, et presque toujours suivies d'un écoulement de sérosité âcre et limpide; pour l'otite, une douleur aiguë, d'abord superficielle, puis plus profonde, devenant tensive et insupportable dans l'oreille, accompagnée d'élancements, d'un sentiment de chaleur et de gêne dans le conduit auditif; pour le rhumatisme, un sentiment local de tiraillement, de roideur; parfois douleur intense, profonde ou superficielle, avec ou sans chaleur et tuméfaction, survenus dans un muscle ou dans une articulation par suite d'intempéries atmosphériques, ou d'impressions réitérées du froid, et qui rendent les mouvements de ces organes difficiles ou impossibles sans une augmentation sensible des douleurs locales. Que faut-il donc de plus pour caractériser les phlegmasies dont il s'agit, et quels autres symptômes a-t-on pour les reconnaître lorsqu'elles sont continues?

Nous venons de signaler des phlegmasies intermittentes sans symptômes généraux, fébriles ou gastriques, dont on puisse accuser l'influence dans le développement de la lésion locale; voyons maintenant des inflammations où ces symptômes existent. Elles se présentent sous deux catégories bien tranchées: ou bien les phénomènes fébriles et gastriques ne se manifestent qu'après plusieurs répétitions de l'irritation inflammatoire externe, au troisième ou quatrième accès par exemple, et seulement depuis qu'elle est devenue plus intense; alors ils apparaissent chaque fois avec elle, augmentent avec elle, diminuent et disparaissent avec elle. Dans cette première catégorie, qui comprend les n°s 7, 8, 9, 10, 15, 20, 23, 24, 28, 36, 39, 40, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 54, 60, 61, 62, 63 et 68, l'on ne peut pas douter que les symptômes fébriles et gastriques ne soient dépendants de la phlegmasie externe, dont on voit, dont on peut suivre le développement, l'intensité, la disparition et le retour; ces symptômes ne sont ici qu'accessoires et essentiellement liés à l'irritation inflammatoire externe, puisqu'elle a commencé sans eux, fini sans eux, et qu'ils ne sont venus se joindre à elle que quand son intensité a exercé des influences sympathiques sur l'estomac, le cœur, le

cerveau, les poumons. Ainsi, pour cette première catégorie de faits, nous n'avons encore qu'une affection intermittente externe, ayant ses propres causes, et parfaitement indépendante de l'action des viscères; ou si quelques troubles se manifestent dans les fonctions de ces derniers, ce n'est évidemment que par suite de l'irritation périodique externe, alors qu'elle est assez intense et assez aiguë pour exercer au loin des influences sympathiques.

Mais si la phlegmasie, abandonnant son siége primitif, se porte tout-à-coup dans les viscères gastriques, alors il peut en résulter un nouvel accès en tout semblable à ceux de la fièvre intermittente ordinaire, comme on en voit un exemple sous le nº 28. M. Bailly, en rappelant ce fait, dit (1) : « qu'il n'est pas le résultat d'une inflammation locale franche (2), parce qu'il n'est point fait mention d'un gonflement local! » Mais depuis quand a-t-il fallu un *gonflement local* notable dans la membrane qui tapisse le conduit auditif pour constituer une inflammation *franche*? Sans doute M. Bailly ne s'est pas rappelé qu'il a dit lui-même (3) : « Quelque qualité qu'on donne au gonflement, il sera toujours possible de citer de cas *reconnus inflammatoires par la masse des médecins*, et qui n'auront pas cette qualité. » D'ailleurs, que fallait-il de plus dans l'observation dont il s'agit pour constituer une otite véritable? puisque nous lui trouvons pour cause prochaine les intempéries de l'air, pour cause éloignée la cessation d'un flux hémorroïdal, puisqu'à chaque accès le malade éprouve des douleurs tantôt déchirantes, tantôt sourdes dans l'oreille, douleurs qu'il compare à des coups de marteau, à des tiraillements, à une chaleur brûlante. Le moindre mouvement, le bruit le plus léger est pour lui un supplice; le pouls est fréquent, la peau brûlante, la figure animée; les yeux sont brillants, les muscles de la face du côté malade visiblement rétractés. Que faut-il de plus pour faire reconnaître la nature inflammatoire de cette affection auriculaire? Le praticien qui en a été témoin l'a traitée par deux applications de sangsues derrière l'oreille, et une autre au fondement; puis par les fumigations, les injections émollientes et narcotiques, dans le conduit auditif externe. Ces moyens ne suffisant pas pour guérir le ma-

(1) *Traité anatomico pathologique des fièvres intermittentes*, p. 286.

(2) Le mot *franc* est sans doute synonyme du mot *véritable*, employé en pareille circonstance par M. Tommasini, comme nous l'avons vu précédemment.

(3) *Ibid.*, p. 98.

lade, et M. Bourgeois ayant reconnu dans cette affection une intermittence réglée en double tierce, prescrivit le quinquina à l'aide duquel les douleurs d'oreille étaient devenues très légères. On continuait l'emploi de ce médicament, quand on fut obligé de le suspendre par l'invasion d'un accès complet de fièvre intermittente ordinaire pendant lequel les douleurs d'oreille furent presque nulles. M. Bailly conclut de cette dernière circonstance, que *le système abdominal était primitivement malade*, *comme cela a lieu*, dit-il, *dans tous les cas de fièvre locale ou fièvre larvée*. Tout lecteur impartial jugera si c'est là une observation qu'on puisse invoquer en faveur de la théorie de Médicus, adoptée par M. Bailly, et qui fait dépendre toutes les maladies périodiques d'une lésion abdominale. Nous avons cité précédemment bon nombre de faits qui prouvent manifestement l'existence des phlegmasies intermittentes externes sans aucuns symptômes généraux, fébriles et gastriques; nous pourrions encore préciser différents cas dans lesquels la lésion locale inflammatoire est assez vive et assez intense pour exciter un mouvement fébrile et quelques symptômes nerveux, sans cependant déterminer aucuns symptômes gastriques, comme dans les observations sous les n[os] 1, 6, 15, 23, 47 et 60. Cette dernière est remarquable sous plusieurs rapports : d'abord le praticien qui en a tracé l'histoire est lui-même le sujet de la phlegmasie périodique externe dont il s'agit, par conséquent il lui était difficile de se méprendre sur la nature et les véritables caractères de cette affection : « Ici, dit M. Costa, la fièvre était moins la cause que la *conséquence* des douleurs que j'éprouvai dans les muscles des régions dorsale et cervicale... Ma maladie était un rhumatisme, c'est-à-dire une affection des muscles; la douleur émanait sans doute à la fois d'une irritation de la fibre motrice et de la fibre nervale ; car si l'intensité de la douleur indiquait que le système nerveux était affecté, d'un autre côté, les muscles étaient durs, contractés, incapables de mouvement; donc il existait en eux une irritation que le moindre mouvement ou la seule dilatation des artères exaspérait... Tout mon mal résidait à l'extérieur ; il n'était point symptomatique d'une affection des voies digestives, car, au plus fort de l'accès rhumatismal, *mon estomac restait calme*; point de soif; la langue était pâle, humide et bien épanouie, etc. » Voilà donc une observation tout-à-fait en dehors de la théorie de Médicus et de Bailly, et qui prouve incontestablement qu'un

véritable rhumatisme peut présenter le type intermittent, et peut sous ce type s'élever à une intensité telle qu'il en résulte des influences sympathiques très graves du côté du cerveau et de la moelle épinière, bien qu'il s'agisse d'une affection purement locale et étrangère au tube digestif.

Passons à la seconde catégorie de faits qui embrasse les observations rapportées sous les nos 4, 5, 21, 31, 34, 35, 37, 38, 42, 64, 65 et 69. Nul doute ici que les symptômes fébriles et gastriques ne jouent un plus grand rôle comparativement aux phlegmasies intermittentes de la conjonctive, de la peau, des muscles et des articulations; celles-ci dépendent évidemment d'affections gastriques concomitantes; il y a même des cas où les phénomènes fébrile et gastrique, qui indiquent la lésion de la muqueuse digestive, précèdent la phlegmasie externe, existent sans elle, et peuvent seuls continuer sans elle, comme sous les nos 31 et 61. Dans ces observations, la phlegmasie intermittente, soit de la peau, soit des articulations, ne coïncide pas seulement avec la gastro-entérite de même type; mais la première paraît être subordonnée à la seconde, comme cela a lieu fréquemment sous le type continu. En effet, combien de fois la variole, la scarlatine, la rougeole, les affections goutteuse et rhumatismale continues, ne sont-elles pas sous la dépendance d'une gastrite ou d'une gastro-entérite! Cependant nous remarquerons à l'égard du rhumatisme intermittent, sous le nº 61, qualifié par M. Voisin du titre de *fièvre pernicieuse rhumatismale*, qu'il s'agit d'un homme de vingt-six ans, habitant un lieu humide, et qui se trouve mouillé pendant une longue marche; ici les causes éloignées et occasionnelles de l'affection rhumatismale sont évidentes. Cette affection paraît exister seule dans le principe, et sa nature ne paraît pas douteuse, puisque M. Voisin s'en tient au régime et à un traitement antiphlogistique local, puisqu'il poursuit le rhumatisme partout où il se déclare, et chaque fois qu'il revient, par force applications de sangsues *loco dolenti*. Mais le rhumatisme *prétendu*, comme il l'appelle, se trouvant ensuite accompagné de constipation et de phénomènes généraux, nerveux et gastriques, (ce qui n'est pas bien étonnant puisque le malade est d'un tempérament nerveux et bilieux), M. Voisin, qui, à l'exemple de Stoll, se fait gloire de voir beaucoup et souvent des affections bilieuses, M. Voisin, dis-je, administre à son malade un purgatif qui *augmente son mal*. Cela n'éclaire point ce praticien sur le

diagnostic de la maladie, car il avoue ingénument qu'il n'a pas *remarqué* s'il y avait rougeur et tuméfaction des articulations envahies par le rhumatisme, et qu'il prescrit constamment des boissons *sudorifiques*. Qu'arrive-t-il enfin sous l'influence du purgatif et des sudorifiques? C'est que le rhumatisme et l'état du malade ne font qu'empirer jusqu'au moment où se déclare un accès bien caractérisé de fièvre intermittente; c'est-à-dire que l'irritation, d'abord sympathique des organes digestifs, devient prédominante dans ces organes qui exercent à leur tour des influences sur le système nerveux cérébro-spinal; de là l'accès de fièvre dont il s'agit. Heureusement que l'intermission fut assez sensible pour permettre l'ingestion et l'efficacité du sulfate de quinine, qui guérit enfin et la *fièvre pernicieuse essentielle* et le rhumatisme articulaire. Ce fait a beaucoup d'analogie avec celui de M. Bourgeois sous le nº 28. Dans l'un et dans l'autre cas, deux bons praticiens s'en laissent pourtant imposer par le phénomène de l'intermittence fébrile, sans se douter le moins du monde de leur erreur; car M. Voisin, par exemple, dans les réflexions dont il accompagne le fait qui lui est propre, ajoute : « On ne peut taxer d'erreur notre diagnostic; c'est bien là un rhumatisme articulaire avec sa mobilité caractéristique, et *servant à masquer une fièvre pernicieuse*, reconnaissable aux sudamina, à la mollesse du pouls et à la complication bilieuse! »

Quelle que soit donc la cause des phlegmasies intermittentes cutanées et articulaires dont nous venons de parler, que cette cause vienne du dehors ou qu'elle réside au dedans de nous, cela n'ôte rien à leur identité et à leur nature. Personne ne s'est jamais avisé de nier l'existence des phlegmasies continues externes, lorsqu'elles sont provoquées par une lésion des viscères; personne ne conteste aujourd'hui la nature inflammatoire de la rougeole et de la scarlatine, du rhumatisme ordinaire, etc. Or, qu'y a-t-il de changé quand ces affections se présentent avec le type intermittent? Qu'y a-t-il de changé dans le diagnostic et la nature d'une scarlatine et d'un rhumatisme, quand ils reviennent périodiquement sous l'influence d'une gastro-entérite périodique? Ne sont-ce pas toujours les mêmes tissus qui sont infectés? n'est-on pas témoin également de la rougeur, de la tension, de la douleur, en un mot, de tous les symptômes auxquels on reconnaît ces phlegmasies? Quelque dépendantes et quelque peu importantes qu'on les suppose, ce sont toujours

des phlegmasies qui apparaissent sous le type intermittent, avec les attributs qui leur sont propres. Ainsi donc, en dernière analyse, quelle que soit la cause, interne ou externe, prochaine ou éloignée, connue ou inconnue, d'une inflammation périodique, siégeant à la peau, dans les membres, les articulations, ou dans quelques points visibles du corps : pourquoi ne pourrait-on pas la placer au rang des maladies externes, comme l'a fait le professeur Pinel pour les affections continues? D'ailleurs, ce qui prouve que nous avons eu raison de placer les faits dont il s'agit au rang des phlegmasies cutanées, malgré les phénomènes fébriles et gastriques très remarquables qui les accompagnent, c'est que M. Rayer, qui s'est montré généralement si sévère à l'égard des observations que nous avions recueillies dans notre *Essai sur les irritations intermittentes*, a jugé convenable, lui aussi, de rapporter celles sous les nos 31, 34 et 37, comme des exemples *bien caractérisés* d'affections cutanées urticaires (1). Il est vrai que M. Golfin, professeur de Montpellier, qui est l'auteur de celle rapportée sous le no 34, réclame contre cette opinion : « Suivant M. Rayer, cet exanthème (ortié) est de na-» ture inflammatoire, tandis que nous pensons (2), dit M. Golfin, » que la lésion *vitale* et organique qui le constitue consiste dans » une irritation des points de la peau qu'il occupe sous l'in-» fluence d'une affection *suî generis*, occasionnée par une » *surexcitation générale* qui quelquefois est très remarquable » dans le tube digestif, et par une *altération humorale.* Nous » ne pensons pas que cet exanthème constitue une phlegmasie » cutanée; *sa marche, sa durée et sa terminaison sont directe-» ment contraires à cette opinion.* Une phlegmasie *franche* et » bien établie, quelle qu'en puisse être la cause, a une durée » au moins de quelques jours... Or, l'apparition et la disparition » diurne et complète de cet exanthème, etc., *s'opposent* à ce » qu'on le regarde comme dépendant d'un état inflammatoire... » Mon sentiment à ce sujet, ajoute-t-il, a été partagé par plu-» sieurs médecins estimables, entre autres par M. Mongellaz » et par M. Bailly de Blois. » Nous serions flatté de nous trouver d'accord sur ce point avec M. Golfin, mais ce qu'il vient de dire prouve seulement qu'il ne nous a point lu. Nous établissons

(1) *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, 2 vol. in-8o. 1826.
(2) *Éphémérides de médecine de Montpellier*, t. IX, 1828.

au contraire, d'après la théorie physiologique et d'après les faits, qu'une *phlegmasie franche et bien établie*, *quelle qu'en puisse être la cause*, quel qu'en soit le type, continu ou intermittent, c'est-à-dire qu'elle dure *quelques jours* ou *qu'elle apparaisse et disparaisse chaque jour complétement*, constitue une rritation sanguine, un véritable état inflammatoire. Nous ne faisons point, il est vrai, de l'exanthème ortié dont il s'agit une affection purement locale; nous pensons qu'il est en grande partie sous la dépendance de l'irritation concomitante de la muqueuse digestive. Mais, quelle que soit la cause de cet exanthème, nous le croyons, comme M. Rayer, de nature inflammatoire, puisque nous l'avons placé au rang des irritations inflammatoires périodiques externes. Nous ne voyons pas trop en quoi l'opinion de M. Golfin, enveloppée dans les subtilités de l'École de Montpellier, diffère en réalité de celle de M. Rayer et de la nôtre; car cette *irritation des points de la peau qu'occupe l'érythème ortié*, qu'est-ce donc si ce n'est pas une irritation sanguine on inflammatoire? Quant à la *lésion vitale*, à l'*affection suî generis*, à la *surexcitation générale*, à l'*altération humorale*, ce sont là les hypothèses qui constituaient jadis les *fièvres essentielles!* Il peut se faire qu'un professeur de Montpellier ait encore foi à leur *essentialité*, quoiqu'il soit assez généralement reconnu aujourd'hui que ces fièvres sont le plus souvent symptomatiques de cette *surexcitation du tube digestif*, qui, d'après M. Golfin lui-même, est *quelquefois très remarquable* dans les circonstances dont il s'agit. Au reste, M. Golfin a autant de droit de nier aujourd'hui les phlegmasies intermittentes de M. Rayer, qu'en a eu ce dernier en 1826, quand il composa son article INTERMITTENT du *Dictionnaire de Médecine*, où il employa si souvent à notre égard le facile argument dont il s'agit.

Nous rapportons sous le n° 38 un autre exemple très bien caractérisé d'exanthème ortié sous type tierce. Il est dû à l'observation de M. Bricheteau, qui n'en a point fait, comme M. Golfin, une fièvre intermittente pernicieuse; il l'appelle avec raison et tout simplement un *urticaire périodique*. Nous sommes agréablement surpris de cette conversion à la doctrine physiologique d'un écrivain distingué qui naguère soutenait encore qu'il n'y avait que peu ou point de phlegmasies périodiques, et surtout *point de gastro-entérites intermittentes!* qui soutenait que M. Bailly,

dans son *Traité anatomico-pathologique des fièvres intermittentes*, n'en rapporte pas un seul exemple, et *n'a jamais trouvé des lésions organiques dans le canal intestinal* (1), tandis que la très grande majorité des faits suivis d'autopsies et consignés dans l'ouvrage dont il s'agit nous font voir des gastro-entérites bien évidentes. M. Bricheteau rapporte encore dans le *Journal complémentaire* où nous avons puisé le fait dont il s'agit, une autre observation à peu près semblable d'affection cutanée périodique. Dans l'un et l'autre cas la phlegmasie de la peau n'existe point seule ; elle se trouve en grande partie sous la dépendance d'une affection analogue de la muqueuse digestive. Dans ces deux exemples, la phlegmasie cutanée et l'irritation congestive ou inflammatoire du tube digestif sont l'une et l'autre périodiques, puisque tous les symptômes morbides, externes et internes, locaux et généraux ou fébriles, disparaissent pendant l'intermittence ; puisqu'il ne reste *aucune trace d'éruption cutanée* dans l'intervalle d'un accès urticaire à l'autre ; puisque l'apyrexie est *complète*, et que le malade *n'éprouve aucune souffrance* pendant les trente-six heures que dure l'intermission.

Sous quelques régions du globe et par quelques médecins qu'aient été observées les affections cutanées intermittentes, presque toujours et en tous lieux elles sont accompagnées ou précédées de phénomènes fébriles et gastriques chaque fois qu'elles présentent une certaine intensité dans les symptômes locaux inflammatoires qui les caractérisent. C'est ainsi que dans les cas de pemphigus, observés en Allemagne par M. Kuhlbrand, nº 39, c'était après un frisson d'une heure et au commencement du stade de chaleur de la fièvre, que se développait la phlegmasie cutanée : c'était une éruption de forme moitié ronde et moitié angulaire, avec soulèvement vésiculaire de l'épiderme comme par suite de l'application des cantharides ; plusieurs de ces vésicules, dont les plus grandes étaient comparables à de gros pois, se trouvaient entourées d'une auréole rouge. Déjà peu marquée à la fin de la période de chaleur, qui durait de huit à neuf heures, l'affection cutanée disparaissait entièrement pendant la sueur, sans laisser ni croûtes, ni taches marquantes. Cette affection était-elle simplement accompagnée de phénomènes gastriques

(1) *Archives générales de médecine*, t. XVI.

qu'elle provoquait sympathiquement, ou ceux-ci étaient-ils primitifs? Toujours est-il qu'on attaqua d'abord ces derniers par le tartre stibié avant d'en venir à l'administration du quinquina pour prévenir les accès et combattre la périodicité du pemphigus dont il s'agit. Ce fait vient sans doute mal à propos donner un démenti à M. Rayer, qui soutient que les inflammations exanthémateuses, dont le pemphigus est exclus selon lui, sont *les seules* inflammations de la peau qui soient susceptibles de se reproduire par accès et de présenter de véritables intermissions (1). Nous ajouterons que cet écrivain n'a pas été plus heureux en soutenant que les phlegmasies cutanées intermittentes étaient toujours sous la dépendance d'une fièvre d'accès ou d'une gastro-entérite, puisque le seul fait de ce genre qu'il a été dans le cas d'observer plus tard, et que nous rapportons sous le nº 35, est dans le cas de former une exception à sa règle générale; tant il est vrai qu'en médecine tout ce qui est exclusif est rarement l'expression de l'exacte vérité !

Toutes les réflexions que nous venons de faire sur les urticaires intermittents observés par MM. Golfin et Bricheteau, sur le pemphigus de M. Kuhlbrand, etc., nous pourrions les appliquer également aux affections arthritiques et rhumatismales observées à Vienne en Autriche par M. de Mertens, sous le nº 54, et plus tard par le docteur Fantonetti en Italie, et dont nous rapportons une des observations sous nº 65. Il s'agit d'un homme de soixante-quatorze ans, qui jouit de toutes les commodités de la vie, mais qui depuis plusieurs années habite un lieu froid et humide sur les bords d'une rivière. On conçoit tout de suite en pareille circonstance, le développement d'un rhumatisme continu, rémittent ou intermittent; mais ce que beaucoup de médecins ne concevront pas facilement et n'admettront pas volontiers aujourd'hui, c'est le développement d'une *fièvre intermittente pernicieuse ischiatique essentielle!* Telle est pourtant la maladie que M. Fantonetti a cru reconnaître sous les apparences d'un rhumatisme qui occupait la région sacrée coxale gauche, et qui éprouvait des exacerbations périodiques et fébriles. La preuve qu'il ne s'agissait réellement que d'une affection rhumatismale, c'est que le médecin qui fut d'abord appelé pour donner ses soins au malade ne reconnut en lui qu'*un cas de rhumatisme simple*, pour lequel il conseilla l'a-

(1) *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, t. I.

cuponcture. Le malade refusa ce moyen, et préféra les sangsues, dont il avait déjà probablement reconnu les bons effets contre ses douleurs rhumatismales. Quoi qu'il en soit, l'affection dont il s'agit s'amenda et revint avec une nouvelle intensité, ou plutôt présenta des exacerbations périodiques très sensibles, pendant lesquelles on observa les symptômes suivants: Pouls mou, peu fréquent, langue blanchâtre, épigastre douloureux, constipation, urines rares et sédimenteuses, douleur de la cuisse violente et s'augmentant au moindre mouvement. La régularité de ces exacerbations, qui commençaient par le frisson et finissaient par les sueurs et les urines briquetées, fit reconnaître une *fièvre intermittente pernicieuse rhumatismale* ou *ischiatique;* c'est-à-dire que, du moment qu'on eut fait attention à l'intermittence ou à la périodicité des exacerbations fébriles et rhumatismales, on ne vit plus chez ce malade que la fièvre intermittente pernicieuse! On l'attaqua par le sulfate de quinine, dont l'usage dut être plutôt nuisible qu'utile, parce qu'il n'y eut jamais apyrexie ou intermittence complète, parce qu'on envoya ce médicament dans un estomac peu disposé à le recevoir, parce qu'au lieu de combattre les symptômes gastriques par la diète et les applications de sangsues sur la région épigastrique où le malade éprouvait de la douleur, au lieu de poursuivre les douleurs rhumatismales par les antiphlogistiques locaux, on eut recours à l'huile de ricin, on prescrivit des panades avec la décoction d'orge nitrée, et l'on n'opposa au rhumatisme que des vésicatoires; par ces moyens et l'ingestion de trente-neuf grains de sulfate de quinine, les accès ou les exacerbations de la fièvre et du rhumatisme allèrent en augmentant. En définitive, on obtint la guérison par quinze grains d'émétique administrés en trois jours. Le succès d'une médication aussi hardie est sans doute étonnant, mais non point inexplicable: on conçoit que la muqueuse digestive, sur laquelle on avait envoyé pendant plusieurs jours un stimulant aussi énergique que le sulfate de quinine, ait été contro-stimulée par l'émétique en lavage, même à haute dose; on conçoit que l'irritation disséminée sur toute l'étendue du canal digestif et devenue sécrétoire, ait produit une dérivation critique dont la nature nous offre de fréquents exemples; en effet, combien de fièvres ou d'irritations gastriques graves, combien de rhumatismes aigus se sont amendés et même dissipés par une diarrhée! Mais, de ce qu'un pareil succès se conçoit, nous sommes loin d'approuver le mode de

traitement qui l'a déterminé, parce que c'est là agir au hasard, c'est jouer à quitte ou double et s'exposer aux accidents les plus funestes. N'aurait-il pas pu arriver, comme dans les exemples relatés à la fin de ce chapitre, que l'affection rhumatismale, en se portant dans les viscères, causât rapidement la mort du malade? Cet accident aurait pu d'autant mieux arriver dans le cas dont il s'agit, qu'il y avait déjà une irritation idiopathique ou sympathique très prononcée de l'estomac, en même temps que l'affection rhumatismale.

Cette complication ou cette coïncidence de phlegmasies cutanées et de gastro-entérites fébriles périodiques, est assez fréquente, surtout dans les pays chauds ; elle est même réciproque, c'est-à-dire que les affections cutanées s'y compliquent ordinairement d'affections gastriques, comme celles-ci de phlegmasies cutanées. Lanzoni a observé dans le Ferrarais plusieurs épidémies de fièvres intermittentes, bilieuses ou gastriques, dont les accès étaient accompagnés d'une éruption scabieuse qui disparaissait avec eux. Ortica a vu régner épidémiquement, dans les États vénitiens, en 1761, une fièvre bilieuse double tierce dont les accès étaient remarquables par une douleur rhumatismale très violente dans la région lombaire, douleur qui revenait et disparaissait chaque fois avec les accès fébriles.

D'autres fois la phlegmasie externe, loin d'être subordonnée à l'irritation des viscères, remplace au contraire celle-ci par une espèce de mouvement critique ; de façon que tous les phénomènes généraux, fébriles et gastriques, disparaissent entièrement au moment où la réaction a lieu à l'extérieur, par des affections goutteuses ou rhumatismales. Musgrave, Ballonius, Hoffmann, rapportent plusieurs exemples de fièvres intermittentes, dont la terminaison a été obtenue par le développement ou le retour d'un accès de goutte et de rhumatisme. D'autres fois c'est par des hémorrhagies et des éruptions cutanées que s'effectue le déplacement dont il s'agit, comme Lordat en a vu plusieurs exemples, et dont on trouve un exposé rapide sous nº 28. Lieutaud a vu également une éruption cutanée dont le développement fit disparaître entièrement une fièvre d'accès ; mais celle-ci reparut aussitôt que, par suite d'une exposition au froid de la part du malade, l'éruption fut arrêtée dans sa marche.

L'observation, sous le nº 30, de M. Martin-Solon présente une

grande analogie avec celle, sous le nº 29, de Wolphius. Il s'agit dans les deux cas d'un érythème qui présente une très grande mobilité dans l'apparition et la disparition des symptômes locaux de l'irritation inflammatoire. Si nous les avons rapportées ici, bien qu'elles ne paraissent présenter qu'une régularité très peu sensible dans les retours successifs des phénomènes qui les constituent, c'est à cause de leur disparition presque instantanée chez les deux malades : chez l'une par une simple saignée du bras, et chez l'autre seulement par la crainte ou l'émotion qu'elle éprouve au moment où cette opération va lui être pratiquée. Quoi qu'il en soit, ces deux observations établissent un fait bien important et qu'on a tant de peine à concevoir, c'est-à-dire la disparition instantanée et le retour non moins rapide d'un léger exanthème quelconque.

Ce qui prouve évidemment que les phlegmasies intermittentes ne sont pas aussi rares qu'on le croyait autrefois, c'est qu'on en a vu le nombre s'accroître sensiblement, depuis qu'on a donné une plus grande attention, et qu'on a mis plus d'exactitude à observer ce genre de maladie. Combien de faits absolument semblables à ceux qui parurent extraordinaires et même incroyables, quand nous publiâmes, en 1821, l'*Essai sur les irritations intermittentes ;* combien, dis-je, de pareils faits n'ont-ils pas été vus et recueillis depuis cette époque ! Telle observation, qu'on était alors disposé à récuser, bientôt s'est vue appuyée et fortifiée par d'autres analogues qu'on s'est empressé d'admettre; en voici un exemple remarquable : peu de temps après que M. Boisseau, rendant compte de notre ouvrage dans le *Journal universel des sciences médicales*, venait de condamner le phlegmon intermittent de Barbette, et l'inflammation périodique de Dupuy de Bellegarde, comme des observations incomplètes ou peu caractérisées, on a vu paraître dans le même journal l'observation assez détaillée d'une tumeur phlegmoneuse parfaitement intermittente, et recueillie par le docteur Caraven. A l'occasion de ce fait, consigné sous le nº 52, M. Regnault, rédacteur principal du journal dont il s'agit, observe que ce fait n'est point extraordinaire, et qu'il y a aussi des exemples de furoncles périodiques.

Plus tard le docteur Esmein publia dans le même journal l'exemple d'une inflammation intermittente quotidienne de la joue droite, que nous rapportons sous le nº 50. Chaque accès com-

mence par le frisson, soif, anorexie, bientôt suivis de tension, de rougeur, de douleur à la joue droite, et d'une inflammation évidente sur cette partie, avec pouls dur, fréquent, etc.

Un fait absolument semblable a été observé par M. Durand sous le n° 48, avec la différence que l'inflammation de la joue gagne l'oreille et s'élève plus ou moins haut sur la tempe du même côté; dans l'un comme dans l'autre cas il s'agit d'une fluxion inflammatoire de la joue qui se déclare chaque jour dans la matinée, précédée de frisson, de malaise général, de bâillements; on ne peut pas méconnaître la nature de cette fluxion puisqu'elle est caractérisée par la rougeur, la tension, la chaleur et des douleurs locales plus ou moins vives. Dans les deux cas, cette fluxion survient presque subitement aux mêmes époques de la journée, se développe, et augmente graduellement pendant trois ou quatre heures, après lesquelles tous les symptômes locaux et généraux vont en diminuant; l'inflammation se termine brusquement par délitescence, à tel point que vers le soir tout a disparu; plus de malaises, plus de fluxion; il ne reste dans la joue qu'un léger engourdissement. Chez l'une de ces malades, le traitement antiphlogistique local a suffi pour la guérir entièrement; chez l'autre il a fallu recourir au sulfate de quinine pour prévenir le retour de l'inflammation périodique dont il s'agit. Une autre observation, n° 49, qui a le plus grand rapport avec les précédentes, a été publiée dans les *Éphémérides* médicales de Montpellier par le docteur Lassalvy; il s'agit d'une jeune femme, nourrice, chez qui tous les phénomènes locaux et généraux indiqués ci-dessus se développent et se terminent avec la même régularité sur le côté gauche de la tête; le type intermittent de cette affection conduisit à l'emploi du sulfate de quinine qui en prévint également le retour. Mais, de tous ces faits, le plus détaillé, le plus caractéristique et le plus important, peut-être le premier dans l'ordre des dates, c'est celui sous le n° 51 observé par M. Bonnet, qui, s'étant livré spécialement à l'étude des fièvres intermittentes, était mieux à même de bien voir et de donner l'histoire complète d'une affection locale qui, sous le rapport du type, présentait une analogie si frappante avec les fièvres d'accès. Il s'agit d'une femme nouvellement accouchée, dont les seins devinrent le siége d'une fluxion inflammatoire si violente d'abord, qu'elle nécessita une saignée générale, les boissons rafraîchissantes, la diète, les cataplasmes émollients et les sangsues sur le sein en-

flammé. Cette affection, après avoir attaqué le sein droit, se déclara quelque temps après sur le sein gauche, où elle se termina de la même manière, par résolution, à l'aide des sangsues et d'un traitement antiphlogistique local et général, moins la saignée. Bientôt le retour de cette affection, qui d'abord était purement locale, fut accompagné de phénomènes généraux, surtout gastriques, qui en auraient imposé et fait croire à l'existence d'une fièvre intermittente bilieuse ou gastrique à un praticien moins exercé; mais M. Bonnet, persuadé que ces phénomènes étaient sous la dépendance de l'affection locale, se contenta de renouveler sur le sein enflammé l'application des sangsues, et s'en tint à un traitement purement antiphlogistique. Cependant le retour successif de cette inflammation, à des intervalles égaux et à des jours déterminés, ayant fait reconnaître son intermittence sous type tierce, on prescrivit le sulfate de quinine, dont la dose répétée réveilla bientôt cette grande susceptibilité gastrique à laquelle étaient dus les phénomènes généraux et sympathiques qui parfois étaient venus compliquer l'affection locale. Aussi M. Bonnet renonça-t-il promptement à l'antipériodique pour revenir aux applications de sangsues et au traitement antiphlogistique qui acheva et consolida la guérison. Tous ces faits, joints à ceux sous les nos 47 et 52, prouvent d'un manière incontestable le type intermittent de l'inflammation phlegmoneuse, celle de toutes les plegmasies la moins susceptible de revêtir le caractère dont il s'agit.

Déjà les inflammations intermittentes de la conjonctive et de la muqueuse nasale sous les nos 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17, ne laissaient aucun doute sur leur caractère et sur leur type, puisqu'elles sont aussi complètes et aussi authentiques qu'il est possible que soient de pareilles observations. Il en est de même des phlegmasies cutanées intermittentes sous les nos 31, 34, 35, 36, 37, 38 et 39. L'érysipèle à type tierce, sous le no 40, présentait également sur la périodicité et sur la nature inflammatoire de ce genre d'affection, des détails qui ne laissaient rien à désirer. Le docteur Georgiadi a très bien remarqué les phénomènes fébriles et gastriques qui accompagnent l'érysipèle chaque fois qu'il présente une certaine étendue et un degré plus ou moins élevé; mais ces phénomènes ne sont ici que secondaires ou sympathiques de l'inflammation cutanée, puisqu'ils ne s'ajoutent à celle-ci que dans les moments où elle est très intense, et puisqu'ils disparaissent chaque fois avec l'intensité des symptômes locaux de l'érysipèle

périodique. Hé bien! à en juger par la manière tout-à-fait légère dont il a plu à un grave professseur (1) de rendre compte de ce fait, ne serait-on pas porté à le croire tout autre qu'il n'est réellement? « Un cas d'érysipèle périodique sous type tertiaire, dont *parle* M. Mongellaz, ne présente pas les caractères de l'intermittence. En effet, cet érysipèle n'a jamais été entièrement interrompu dans sa marche; il offrit seulement ces accroissements et ces diminutions qu'il est si facile de remarquer dans les affections phlogistiques de la peau. » Nous sommes peu disposé à croire qu'il soit si facile à M. Tommasini de remarquer des *accroissements* et des *diminutions périodiques* dans les phlegmasies cutanées, parce qu'il eût sans doute mieux apprécié le fait dont il s'agit; et, moins préoccupé de l'idée qu'il n'y a pas et qu'il ne peut y avoir des phlegmasies intermittentes, il n'eût pas si légèrement avancé que cet érysipèle sous type tierce *n'a jamais été entièrement interrompu dans sa marche,* puisque le docteur Georgiadi nous dit positivement que le malade, après avoir présenté, le 12 février, les symptômes suivants, insomnie, dégoût, malaise général, yeux vifs et brillants, pouls fort et fréquent, *face très gonflée, rouge, brûlante,* etc., se trouva, le 14, *comme en parfaite santé.* Cet érysipèle *revint* presque instantanément le 15, et occupa non seulement le même côté droit de la face, mais s'étendit encore à gauche, etc. M. Georgiadi vit le malade le 16 au matin; il reconnut, comme la première fois, tous les symptômes d'un accès érysipélateux; l'étendue de l'inflammation était seulement plus considérable. Le 17, *il ne reste plus de traces de l'inflammation; il y a de l'appétit; toutes les fonctions se font bien.* Le 18, l'érysipèle *revient* à peu près vers le même temps de la journée, etc. Je ne porterai pas plus loin l'analyse de cette observation. Cela suffit pour faire voir que M. Tommasini n'a pas jugé à propos d'y reconnaître une phlegmasie intermittente, sans doute parce qu'il lui était échappé de dire, « que devant un fait avéré, quelque inexplicable qu'il soit, toute raison pathologique doit se taire. » Il en eût trop coûté au célèbre professeur de Bologne de s'arrêter devant ce fait ou tout autre semblable, et sans doute qu'il a mieux aimé continuer ses savantes et ingénieuses réflexions opposées à la doctrine physiologique! Au reste, nous nous plaisons à croire que c'est bien moins un esprit de contro-

(1) M. Tommasini, *Traité de l'inflammation.*

verse qui l'a animé dans cette discussion, que le désir ardent d'en faire jaillir quelques lumières pour les progrès de la science et le triomphe de la vérité.

« L'auteur des irritations intermittentes rapporte, dit M. Tommasini, un grand nombre de douleurs articulaires et membraneuses comme autant d'arthritis et de rhumatismes intermittents. Cependant il n'y avait là d'arthritique et de rhumatismal *que la douleur*. Morton et Musgrawe, que l'auteur cite, ont rapporté des cas de *fièvre périodique* dont chaque accès s'accompagnait de douleurs articulaires. Dans ces cas, la douleur exprimait une dépendance morbide, mais non une maladie primitive, encore moins une inflammation intermittente. »

Nous avouerons bien volontiers qu'il est parfois fort difficile de caractériser la nature inflammatoire de certaines affections rhumatismales et goutteuses, parce qu'on ne peut pas voir les tissus affectés; mais si nous n'avons plus ici cet argument irrésistible que nous venons de produire pour caractériser d'autres phlegmasies intermittentes externes, nous avons du moins beaucoup de probabilités qui équivalent peut-être à la certitude si l'on fait attention qu'elles sont fondées sur l'analogie, sur la connaissance des causes, sur la douleur pulsative, lancinante, qui est propre à l'inflammation, et sur la difficulté des organes malades à exercer leurs fonctions, quelquefois même par le gonflement et la chaleur locale de toute l'articulation malade, comme dans les observations sous les n[os] 54, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66 et 68. Tout ce que nous pouvons dire à M. Tommasini, c'est de lui offrir autant de preuves pour caractériser inflammatoires des affections goutteuses et rhumatismales intermittentes, qu'il nous en fournira pour leur reconnaître ce même caractère sous le type continu. Quant à l'opinion des anciens, de Morton en particulier, qui s'est le plus occupé des maladies périodiques, les œuvres de médecine qu'il nous a laissées doivent être les seules pièces du procès ; il est donc permis à chacun de juger qui, de M. Tommasini et de nous, a mieux compris la pensée du praticien anglais. Dans l'observation, sous n° 55, de rhumatisme quotidien, puisée dans les œuvres dont il s'agit, il n'est pas question du tout d'une *fièvre périodique*, puisque Morton lui-même nous dit positivement : « *Ut ex pulsu vel temperamento certa indicia febris deprehendere haud potuerim, rite decrevi spasmos dolorificos ortum suum duxisse ex venenato febris intermittentis fomite*, etc. »

C'est-à-dire que, n'ayant trouvé dans le pouls ni dans l'état général du malade des indices certains de fièvre (malgré les douleurs violentes qui se faisaient sentir dans les articulations à certaines heures de la journée), Morton jugea qu'un rhumatisme qui revenait ainsi aux mêmes heures et qui était accompagné d'urines briquetées, était dû au venin caché d'une fièvre intermittente ; de là le nom qu'il lui donna de *febris intermittens rheumatismum simulans*. Il est bien évident pour nous que Morton avait reconnu là un véritable rhumatisme ; et, s'il en fait une fièvre larvée, c'est uniquement parce qu'il ne peut se rendre compte de l'intermittence dans une maladie quelconque sans le mot fièvre. Veut-on du reste savoir plus positivement quelle était la nature de ce rhumatisme périodique d'après Morton ? prenons dans le *Synopsis febrium* le caractère de la fièvre larvée rhumatismale ou rhumatique que voici : *Febris rheumatica cum dolore, tumore, inflammatione versatili, nunc in uno, nunc in altero musculo aut artu conjuncta*. Cela ne suffit-il pas pour nous fixer sur l'opinion de Morton, et nous faire voir qu'il croyait à l'existence d'une inflammation mobile et périodique ?

« Mais, continue M. Tommasini, quand même les douleurs des membranes fibreuses ou des articulations, constituant la maladie principale, disparaîtraient et reviendraient suivant leur habitude ; quand même la partie douloureuse s'engorgerait un peu pendant l'accès, trouverait-on là les caractères d'une véritable inflammation, d'un processus phlogistique intermittent ? Dans ces affections capables de s'effacer d'un moment à l'autre, et de passer d'une partie à une autre, je ne vois qu'une fluxion, une congestion (angiodesi) semblable à l'intumescence et à la rougeur produites par l'action du feu, par un frottement rude, etc. »

On voit par cette dernière citation que le professeur de Bologne reconnaît des *fluxions*, des *congestions* périodiques ; or quelle est la nature de ces fluxions, de ces congestions ? Est-elle inflammatoire ou sanguine, subinflammatoire ou lymphatique ? Nous en appelons à la haute raison et à la bonne foi de notre célèbre antagoniste ; les aveux qu'il vient de faire relativement à la périodicité morbide ne rendent-ils pas tout-à-fait oiseuse une plus longue discussion entre nous ? Et de quoi s'agirait-il, si ce n'est d'une dispute de mots qui nous paraît ici hors de lieu et d'à-propos ? Pour nous, il suffit que M. Tommasini reconnaisse le type intermittent des phénomènes organiques locaux,

qui peuvent donner lieu à une *fluxion,* comme celle relatée dans l'observation sous le n° 47, par exemple, à des congestions locales périodiques, comme celles décrites sous les n[os] 48, 49, 50, 51 et 52, pour que nous soyons à notre tour très disposé à convenir avec lui que son *processus phlogistique* (quand toutefois nous aurons bien compris ce que c'est) ne peut pas avoir une marche périodique ou intermittente. Cependant nous sommes loin de partager l'opinion de M. Tommasini relativement *aux douleurs des membranes fibreuses ou des articulations qui,* selon lui, *ne constituent point une véritable inflammation, alors même que la partie douloureuse présente un engorgement sensible.* Comme nous il reconnaît que les douleurs rhumatismales et goutteuses peuvent *disparaître et revenir* périodiquement, même quand elles sont accompagnées d'un engorgement local; toute la question se réduit donc à décider quelle est la nature d'une affection rhumatismale ou arthritique continue, rémittente ou intermittente ; car il est généralement reconnu que le type ne change point la nature d'une maladie quelconque. Or si elle est jugée inflammatoire, M. Tommasini lui-même sera forcé de convenir qu'il y a des inflammations intermittentes ou périodiques. Nous pourrions déjà invoquer en notre faveur un grand nombre d'autorités en rappelant que telle a été l'opinion des Bichat, des Pinel, des Chaussier, des Béclard; que telle est aujourd'hui l'opinion des Dupuytren, des Broussais, des Richerand, des Boyer, Marjolin, Andral, Gendrin, Boisseau, Roche, Sanson, etc., qui tous ont placé la goutte et le rhumatisme au rang des phlegmasies. Mais que répondre aux écrivains qui, mettant de côté les autorités médicales et chirurgicales, affirment que ces affections sont *nerveuses?* Y a-t-il même quelque engorgement local, ils vous soutiennent, comme M. Gosse par exemple, qu'il s'agit d'une *fluxion* ou d'une *congestion du fluide nerveux* (1) ! Il n'y a que l'anatomie pathologique qui puisse juger d'une manière ostensible et irrécusable la question dont il s'agit. On conçoit bien que les faits d'anatomie pathologique relatifs aux affections rhumatismales et goutteuses aiguës dont il est ici question, soient infiniment rares, parce qu'il n'arrive point que de telles affections puissent seules faire succomber les malades ; mais il y a des cas de rhumatismes aigus dans lesquels les malades ont promptement suc-

(1) *Des maladies rhumatoïdes.*

combé à une affection concomitante du cerveau ou des poumons, et alors l'observateur attentif a pu s'assurer positivement de l'état des muscles ou des articulations affectés de rhumatisme. Deux faits de ce genre sont à notre connaissance ; nous allons en exposer le résultat : dans le premier il s'agit d'une blanchisseuse âgée de quarante-huit ans, qui fut affectée d'un rhumatisme aigu d'abord du poignet et du genou droits, puis d'une douleur vive dans la région lombaire et dans toute la cuisse droite, avec fièvre intense et proportionnée aux souffrances de la malade. Dans les lombes la douleur seule révélait l'affection rhumatismale ; dans la cuisse et dans le genou il y avait de plus un peu de gonflement. Les saignées et les sangsues apportèrent beaucoup de soulagement. On n'insista peut-être point assez sur ces moyens; quoi qu'il en soit, le poumon du même côté se prit aussi d'inflammation et cette femme succomba. L'autopsie fit voir le muscle psoas droit d'une couleur rouge lie de vin, infiltré de sang noir, mou, facile à déchirer, et présentant entre ses fibres quelques fusées de pus. Vers la partie moyenne de la cuisse, le muscle droit antérieur était très ramolli, de couleur lie de vin; il recélait dans son milieu un foyer contenant environ une cuillerée de pus sanguinolent. La face antérieure du triceps, dans toute son étendue et dans ses trois faisceaux, était très rouge, ramollie, et offrait une infiltration entre ses fibres, mais qui ne s'étendait pas profondément. L'articulation du genou contenait une assez grande quantité de sérosité opaque et floconneuse ; cependant la synoviale ne paraissait pas éloignée de son état normal (1).

Dans le second fait il s'agit d'une femme de trente ans, reçue, le 10 mars 1828, à l'hôpital de la Charité dans les salles de M. Lherminier. Elle se plaignait d'éprouver depuis quelques jours des douleurs dans presque toutes les articulations. Il y avait une réaction fébrile assez intense ; la malade était d'une forte constitution ; on lui pratiqua deux saignées du bras. Les douleurs se fixèrent sur les articulations fémoro-tibiale gauche, et radio-carpienne droite; les jambes et le poignet se placèrent dans la flexion; les mouvements étaient très douloureux. Une nouvelle saignée et des applications émollientes sur les parties affectées, calmèrent la violence des douleurs rhumatismales. Les parties molles qui

(1) Gendrin, *Histoire anatomique des inflammations*, t. II, 1827.

entourent les articulations malades étaient légèrement tuméfiées, sans rougeur et sans aucun signe d'épanchement dans la synoviale. Le 25, cette femme était regardée comme convalescente. Les articulations étaient fort peu douloureuses et à peine tuméfiées, seulement il lui restait un peu de fièvre. Le 27, la malade fut prise tout-à-coup de symptômes pulmonaires intenses ; toux sèche, anxiété, fièvre forte, douleur dans le côté droit de la poitrine, oppression extrême. La marche de cette inflammation fut rapide ; les moyens employés n'apportèrent aucun soulagement ; elle succomba le cinquième jour de cette pleurésie dont l'auptosie fit reconnaître des traces évidentes. La synoviale de l'articulation fémoro-tibiale gauche est rosée dans toute son étendue, d'un rouge plus intense au pourtour des cartilages articulaires ; ceux-ci sont détruits dans plusieurs points et principalement à leur circonférence ; il n'existe aucun épanchement de pus ou de synovie dans l'articulation. La synoviale de l'articulation radio-carpienne droite était rosée dans toute sa surface, couleur que l'on appréciait bien en comparant les deux articulations analogues. Il existait des filaments rouges, pulpeux, qui se portaient de l'une à l'autre surface articulaire. Les cartilages n'étaient pas ulcérés, point d'épanchement. L'inflammation s'était propagée dans les articulations carpiennes et carpo-métacarpiennes. Les autres articulations étaient saines (1). Les anciens nous ont laissé quelques faits de ce genre, c'est ainsi qu'on trouve dans Morgagni l'exemple d'un individu qui avait succombé à la suite d'un rhumatisme, et dont les muscles qui avaient été le siége de la douleur rhumatismale, furent trouvés d'une consistance et d'une couleur insolites. (Épist. 57.)

Ces observations sont remarquables parce qu'elles nous font connaître positivement quelle est la nature de la lésion organique des rhumatismes musculaire et articulaire aigus, dans lesquels il n'y a pas d'autres symptômes locaux que la douleur, et parfois un peu de gonflement. Les deux malades dont il s'agit auraient certainement guéri, si l'inflammation ne se fût propagée dans des organes aussi indispensables à la vie que les poumons. Ce sont là des exemples frappants qui attestent combien l'on doit être attentif à surveiller l'état des viscères quand on traite des affections rhumatismales. Le second fait surtout nous ap-

(1) *Clinique des hôpitaux*, t. I, 1828.

prend combien il importe de ne point s'en laisser imposer par une amélioration apparente. Le traitement antiphlogistique avait calmé la violence des douleurs rhumastimales; mais était-ce une raison suffisante pour s'en tenir aux premières saignées? N'aurait-il pas fallu attaquer le mal par des antiphlogistiques locaux, par force applications de sangsues et de cataplasmes émollients, et ensuite par les moyens révulsifs les plus énergiques? De cette manière on eût arrêté la marche de l'affection rhumatismale ou de l'inflammation fibro-séreuse des articulations; on eût fait cesser cette agitation fébrile continue qui disposait la malade à toute espèce d'inflammation nouvelle, et peut-être aurait-on ainsi prévenu la pleurésie qui la fit succomber. Cette remarque nous rappelle un précepte de la doctrine physiologique qui mérite la plus sérieuse attention; ce précepte, surtout dans le traitement des affections rhumatismales et goutteuses en général, consiste à ne jamais trop affaiblir les malades par des saignées répétées, mais à insister particulièrement sur les émissions sanguines locales. Celles-ci ont le double avantage de combattre plus efficacement les lésions organiques des tissus musculaire et fibro-séreux des articulations, de fixer la mobilité de l'irritation inflammatoire dont il s'agit, et de combattre sa tendance à se porter dans les viscères, pour peu qu'il s'en trouve quelqu'un disposé à la recevoir. Si de tels faits d'anatomie pathologique ne sont pas assez nombreux pour convaincre ceux qui sont d'un avis opposé au nôtre, nous leur demanderons, à notre tour, s'ils en possèdent beaucoup qui soient en faveur de leur opinion, et dans ce cas, qu'ils veuillent bien nous les faire connaître. Je sais bien que MM. Chomel et Louis soutiennent qu'à la suite des amputations des membres on ne trouve pas de traces évidentes de phlegmasies dans les tissus articulaires; mais à cet égard ils ne précisent aucun fait; encore faut-il que les amputés aient été atteints pendant leur vie et peu de temps avant leur mort de rhumatismes goutteux articulaires, ce qu'on ne dit point. D'ailleurs pour trouver des traces matérielles et bien évidentes d'une inflammation articulaire quelconque, il faut supposer que celle-ci arrive à un développement considérable, qu'elle parcoure tous ses différents degrés, et qu'elle se termine par suppuration. Telle n'est point la marche ordinaire des affections goutteuses et rhumatismales, qui sont ordinairement aiguës, dont le développement est rapide, et qui se terminent presque toujours par déli-

tescence, comme la très grande majorité des inflammations périodiques. Enfin la plus fréquente et la principale objection de MM. Tommasini, Chomel et Louis, c'est qu'il n'est pas et qu'il ne peut être dans la nature d'une inflammation quelconque *d'être mobile* ! C'est à cause de sa mobilité que le rhumatisme pour eux n'est point une inflammation; cependant M. Tommasini convient qu'il y a des fluxions et des congestions intermittentes et très mobiles; MM. Chomel et Louis conviennent qu'il y a des espèces de clous mobiles, qu'il y a des engorgements de la parotide et du tissu cellulaire qui entoure cette glande, appelés *oreillons*, qui sont capables de disparaître subitement et de se porter sur les testicules ; or, peuvent-ils contester la nature inflammatoire ou subinflammatoire de ces *fluxions, congestions, clous,* et *oreillons*? D'ailleurs MM. Tommasini et Louis, qui, comme ils le disent, *ne veulent pas sortir du domaine des faits, et s'en tiendront toujours aux faits rigoureusement démontrés*, seront convaincus, d'après la plupart de ceux que nous venons de rapporter, lesquels sont aussi détaillés, aussi positifs et aussi *rigoureusement démontrés* qu'il soit possible, seront convaincus, nous l'espérons, qu'il y a des phlegmasies intermittentes et par conséquent très mobiles des membranes oculaire, nasale et auriculaire; qu'il y a des inflammations cutanées, phlegmoneuses, rhumatismales et goutteuses, qui représentent le type intermittent, quoique leur nature inflammatoire ne puisse, de bonne foi, être révoquée en doute, à moins de nier toute espèce de certitude en médecine.

CHAPITRE II.

HÉMORRHAGIES INTERMITTENTES EXTERNES.

Quoique l'intermittence en ait moins imposé sous forme hémorrhagique que sous les autres formes de maladie, sans doute parce qu'on était déjà habitué à voir des écoulements sanguins périodiques dans l'ordre physiologique ou compatibles avec la santé, cependant plusieurs médecins sont également tombés dans l'erreur à cet égard : les uns, en ne voyant dans toute hémorrhagie intermittente que le résultat de l'influence des astres, et en particulier celui de la lune, comme Darwin et Reil ; les autres, tels que Stoll et Médicus, en les faisant toujours dépendre du mauvais état des premières voies ; car c'est là, selon eux, que réside le foyer unique et général de toute espèce de maladie périodique.

D'autres médecins croient aussi qu'une fièvre intermittente *essentielle* peut se cacher sous le masque d'une hémorrhagie périodique ! C'est ainsi que Lordat, à l'occasion d'un fait de ce genre, observé par Fabrice de Hilden, et que nous rapportons sous le n° 70, agite sérieusement cette question : « L'effort hémorrhagique *était-il l'effet du génie intermittent*, et la maladie n'était-elle *qu'une fièvre double quotidienne masquée* (1) ? » Le docteur Puccinotti va plus loin encore, et, dans un ouvrage italien, publié en 1824, reconnaît une fièvre intermittente pernicieuse sous la forme d'une épistaxis périodique. Il lui donne le nom de *fièvre pernicieuse épistaxique* (2) ! Enfin, en 1837, M. le docteur Dufour de Saint-Sever a envoyé à l'Académie royale de médecine une observation d'hémorrhagie intermittente (n° 79), dont il veut faire, dit-il, une *nouvelle* espèce de fièvre pernicieuse hémorrhagique, sans doute parce que cette forme ne se trouve pas encore dans le grand tableau des fièvres pernicieuses du professeur Alibert ! Comme nous, M. Dubois d'Amiens, rendant compte de ce fait à l'illustre Société, s'étonne de cette tendance à vouloir créer de nouvelles entités fébriles.

L'intermittence des hémorrhagies a été de tout temps reconnue.

(1) *Traité des hémorrhagies.*

(2) *Histoire des fièvres intermittentes pernicieuses, observées à Rome, de 1819 à 1822.*

Elle existe dans l'état physiologique comme dans l'état pathologique, car personne n'ignore la parfaite régularité des évacuations menstruelles, et de certaines hémorroïdes nécessaires à la santé des individus qui y sont habitués depuis long-temps. Il y a peu ou point d'affections dont la manière d'être et le siége s'adaptent mieux avec le type intermittent. Il semble que, par sa nature même, une hémorrhagie ne doive pas durer long-temps, parce que le stimulus local qui l'entretient s'épuise par le fait même de l'écoulement du sang.

L'irritation intermittente hémorrhagique ne paraît être qu'une dépendance ou une modification de l'irritation inflammatoire; du moins il est certain qu'il y a beaucoup d'analogie entre elles. Dans l'une comme dans l'autre, il y a appel de fluides sanguins; toutefois la lésion locale qui constitue une hémorrhagie périodique, ainsi que les phénomènes morbides qui en sont le résultat, diffèrent sous plusieurs rapports de ceux d'une phlegmasie intermittente; il y a entre elles analogie et non point identité de maladie.

Dans la plupart des hémorrhagies intermittentes, le sang est versé sur une surface exhalante ou sécrétoire, et à quelque distance des vaisseaux sanguins d'un gros calibre. C'est ordinairement dans le système capillaire que se passent les phénomènes hémorrhagiques; c'est là que semble avoir lieu tout-à-coup l'appel d'une quantité surabondante de fluide sanguin; c'est là qu'il se fait un travail morbide particulier dans lequel les vaisseaux exhalants sont en quelque sorte conviés sinon forcés à lui livrer passage au dehors. Il n'est donc pas étonnant que ce soient les organes où prédomine le système capillaire sanguin, comme les membranes muqueuses, qui présentent le plus souvent les hémorrhagies périodiques externes. Aussi n'est-il pas rare de les voir se développer à l'embouchure des conduits par lesquels les membranes dont il s'agit viennent communiquer avec la peau. De là la fréquence des hémorrhagies nasales et gencivales. Elles peuvent également avoir lieu sur la conjonctive, par le conduit auditif externe, à la surface de la peau, soit par suite d'une lésion particulière ou d'une aberration de fonctions des exhalants cutanés qui fournissent du sang à la place de l'humeur perspiratoire; soit par suite d'une vésication, d'une érosion ou d'une plaie quelconque; soit par suite de varices ou de certaines lésions dans lesquelles le système capillaire sanguin prend un

développement tel qu'il en résulte tantôt des réseaux vasculaires plus ou moins saillants, tantôt des espèces de mamelons et de tissus érectiles, d'où la moindre cause irritante peut provoquer des écoulements sanguins assez considérables pour constituer des hémorrhagies, comme dans les observations sous les n°s 81, 84, 87, et 91. D'autres fois, le sang paraît être versé à la surface cutanée de la même manière que sur les membranes muqueuses, comme dans l'exemple rapporté sous le n° 73. Quoique ces dernières membranes soient le siége le plus ordinaire des hémorrhagies intermittentes, les faits prouvent qu'on peut les rencontrer ailleurs, et même qu'il n'est aucun point de la surface du corps d'où le sang ne puisse être ainsi exhalé ou versé sous forme hémorrhagique.

Diagnostic. — On pense assez généralement que c'est par la voie des vaisseaux exhalants, intermédiaires entre les artères et les veines, que s'opèrent les écoulements sanguins qui constituent les hémorrhagies intermittentes. Quelquefois cependant elles paraissent avoir lieu directement par les artères et les veines d'un certain calibre, car elles seules peuvent fournir tout-à-coup une aussi grande quantité de sang que celle qui caractérise les accès hémorrhagiques observés sous les n°s 70, 71 et 85.

Dans la plupart des hémorrhagies intermittentes, il y a congestion sanguine analogue à celle qui annonce le commencement d'une inflammation. Mais la congestion hémorrhagique diffère de la congestion inflammatoire en ce que, dans la première, le sang afflue en plus grande quantité à la fois et si brusquement, qu'il n'a pas le temps de pénétrer la structure intime des tissus, de s'identifier avec eux, et d'en modifier l'organisation, comme cela a lieu, d'une manière peu sensible il est vrai dans une simple congestion sanguine, mais à un degré toujours assez marqué dans l'inflammation proprement dite. Enfin, la congestion hémorrhagique diffère de l'inflammation en ce que celle-ci provoque presque toujours des phénomènes généraux ou sympathiques plus ou moins remarquables et proportionnés à son intensité, tandis que l'hémorrhagie, même la plus active, ne met en jeu que peu ou point de sympathies du côté du cœur, du cerveau, de l'estomac, des membres, etc. Tout au plus si dans quelques cas il y a un léger mouvement fébrile et un malaise général dépendant d'un état pléthorique qui ne tarde point à se dissiper. Si l'on a vu des phénomènes généraux très remarquables durant un accès hémor-

rhagique, c'est qu'alors il était lié sous forme de complication à une véritable fièvre intermittente, comme dans l'observation sous le n° 77, dans laquelle l'hémorrhagie avait lieu durant la période de froid d'une fièvre d'accès, et se dissipait dès que la période de chaleur commençait à s'établir d'une manière prononcée.

L'hémorrhagie périodique suppose une hématose très active jointe à une grande mobilité des capillaires sanguins ; aussi la marche de toute irritation intermittente hémorrhagique est-elle ordinairement brusque, rapide, quelquefois précédée de frisson, comme l'irritation inflammatoire ; mais elle n'est point comme celle-ci accompagnée de phénomènes généraux, fébriles et gastriques, c'est-à-dire qu'elle n'exerce que peu ou point d'influences sympathiques sur les principaux viscères. Son développement et sa terminaison s'opèrent en général beaucoup plus promptement que ceux de l'irritation inflammatoire, parce que l'écoulement du sang ne tarde point à amener en quelque sorte l'épuisement de la surexcitation qui provoque l'afflux de ce liquide; puis cette surexcitation, par une cause quelconque, revient à une époque plus ou moins rapprochée ; de là aussi le retour d'un nouvel accès hémorrhagique.

Ce qu'on appelle *atonie hémorrhagique* ne nous semble qu'une abstraction ; car, tant faible qu'on suppose la partie qui devient le siége d'une hémorrhagie, toujours celle-ci s'opère synergiquement et par suite d'un mouvement fluxionnaire actif ; et quand même l'*activité* de la fluxion hémorrhagique ne serait pas exactement démontrée, on ne pourrait pas supposer que l'écoulement du sang fût le résultat de la faiblesse des exhalants, parce que c'est toujours en vertu d'une action qui leur est propre qu'ils reçoivent un fluide inaccoutumé, et parce que, tant que ces vaisseaux sont animés de vie, on ne peut pas supposer qu'ils restent inertes et passifs à l'égard du fluide qu'ils reçoivent, ou qui parcourt leurs conduits. On ne conçoit pas davantage qu'il y ait localement une impulsion mécanique quelconque qui les force à se dilater et à s'ouvrir pour donner passage au sang. Il n'y a donc pas d'hémorrhagie intermittente passive, dans le sens qu'on attache généralement à ce mot, c'est-à-dire d'hémorrhagie dépendante d'une faiblesse organique. Ce n'est pas le propre de la débilité de provoquer un appel de fluides; celui-ci suppose toujours une surexcitation locale là où ils affluent en plus grande quantité

qu'à l'ordinaire, et surtout avec une force telle qu'il en résulte expulsion ou épanchement hémorrhagique.

On peut admettre comme loi générale que le sang ne saurait être appelé dans les vaisseaux capillaires d'une partie quelconque sans une cause stimulante qui en détermine l'irritation; celle-ci devient hémorrhagique, quand, à l'afflux plus considérable du sang, se joint une disposition particulière des exhalants à livrer passage à ce fluide. Cette disposition ne consiste point dans une faiblesse ou un relâchement de leurs orifices, mais au contraire dans une augmentation d'action organique qui les dispose à admettre la partie rouge du sang et à lui imprimer un mouvement assez actif pour qu'il s'échappe à travers leurs orifices.

Le phénomène hémorrhagique (nous faisons ici abstraction des hémorrhagies occasionnées par la section ou la rupture des vaisseaux) est identique dans sa nature. Il est toujours actif, il varie seulement dans son activité en raison du plus ou moins de force organique et de plénitude sanguine dans le tempérament des malades; puis en raison de la promptitude ou de la lenteur avec lesquelles leur sang est reproduit. Il y a des individus chez qui l'hématose est d'une activité prodigieuse. Alors le système sanguin devient extrêmement mobile; et la concentration locale est si facile que l'hémorrhagie est toujours disposée à s'établir par tous les points dont le siége et l'organisation se prêtent à ce genre d'irritation. Thomas Bartholin a vu une jeune femme, d'un tempérament sanguin, pléthorique, dont les règles étaient peu abondantes, et chez qui il s'établissait à chaque époque menstruelle une disposition si grande aux hémorrhagies, qu'il lui suffisait alors de se gratter certaines parties du corps, particulièrement les joues, pour en faire jaillir une certaine quantité de sang.

La disposition aux hémorrhagies intermittentes va en augmentant à mesure qu'elles se sont déjà répétées un plus grand nombre de fois. Et même, dans ces cas de fréquentes récidives hémorrhagiques, si l'on ne cherche pas promptement à l'arrêter ou à la modérer par des moyens convenables, cette disposition peut devenir très dangereuse, et constituer ce que M. Broussais appelle avec raison une *diathèse hémorrhagique*. Les observations sous les nos 71 et 76 nous en offrent des exemples frappants.

Stahl pensait que toutes les hémorrhagies spontanées étaient dues à un effort salutaire de la nature qu'il fallait plutôt favoriser qu'arrêter dans son cours. Il y a, en effet, plusieurs affections hémorrhagiques, surtout parmi les hémorrhagies périodiques externes, dont l'utilité est incontestable. Il y a également des exemples qui attestent qu'elles sont ou peuvent devenir nuisibles, si l'on néglige d'en arrêter le cours. Mais on peut établir, en thèse générale, que le pronostic des hémorrhagies intermittentes externes n'est point défavorable. Il est rare que l'écoulement du sang soit assez abondant et assez souvent répété pour faire courir quelque danger aux malades; d'autant plus que l'art peut facilement intervenir et lui opposer des moyens presque toujours efficaces puisqu'ils sont en quelque sorte mécaniques, et puisqu'on peut presque toujours s'assurer par la vue et le toucher de la force et de l'exactitude de leur application. Il y a pourtant des cas de ce genre dans lesquels les moyens de l'art n'auraient point suffi à la guérison des malades, si la nature n'avait suscité un déplacement critique de l'irritation hémorrhagique. Tel est l'exemple qui s'est présenté à l'Hôtel-Dieu de Paris, et qu'a recueilli M. Senn, alors élève interne de cet hôpital; il s'agissait d'une épistaxis tellement rapide et abondante, que nul moyen mécanique n'avait pu parvenir encore à l'arrêter. La malade paraissait menacée d'une mort prochaine à cause de l'état de faiblesse et d'épuisement dans lequel cette femme était déjà parvenue, lorsque tout-à-coup on lui vit apparaître de nombreuses pétéchies sur le tronc et sur les membres. Alors l'épistaxis s'arrêta; et, à mesure que les forces de la malade se relevèrent, les pétéchies, à leur tour, disparurent.

Causes. — Les causes prédisposantes et déterminantes des hémorrhagies intermittentes externes sont à peu près les mêmes que celles des hémorrhagies continues, avec la différence que l'action de celles-là se répète souvent à des époques à peu près régulières; et c'est l'intermittence des causes qui, le plus ordinairement, détermine l'intermittence des accès hémorrhagiques (1). Quant aux causes prédisposantes les plus influentes, ce sont, comme pour les hémorrhagies continues, la pléthore

(1) « Lordat pense, dit M. Rayer, que le génie intermittent des effusions sanguines est provoqué par des *impressions intermittentes externes.* »

M. Rayer se trompe, car Lordat n'a jamais écrit cela, et s'il l'a *pensé*, nous demanderons à M. Rayer comment il a pu le deviner ! Ne serait-ce pas plu-

sanguine, l'adolescence, le printemps, les longues marches, les exercices forcés ou les mouvements trop rapides du corps, l'omission d'une saignée indiquée, le retard ou la suppression du flux menstruel ou de toute autre évacuation habituelle; l'impression subite d'un air froid par la réaction qu'elle détermine, la diminution de la pression atmosphérique, une secousse physique ou morale très vive, etc., sont les causes assez ordinaires des hémorrhagies périodiques. Elles peuvent aussi se manifester sur des plaies, à la suite d'une opération chirurgicale, ou à la suite de l'accouchement. C'est ainsi qu'on a vu les lochies sanguines cesser et revenir plusieurs fois, à des époques plus ou moins rapprochées et régulières. Enfin, tout comme on voit des fièvres inflammatoires continues donner lieu à des hémorrhagies continues chez des sujets jeunes et pléthoriques, de même aussi les fièvres intermittentes peuvent provoquer durant leurs accès des hémorrhagies de même type, comme nous en rapportons un exemple sous le n° 77.

Symptômes. — Les symptômes que présentent ordinairement les irritations intermittentes hémorrhagiques, sont un léger frissonnement avec un sentiment local de plénitude et de tension, quelquefois de chaleur, presque toujours une espèce d'orgasme ou de prurit particulier, mais peu ou point de douleur. Quelquefois il y a de la fièvre, le pouls est dur et accéléré, la face rouge, les yeux brillants, comme dans l'observation sous le n° 73.

L'hémorrhagie périodique survient assez ordinairement sans symptômes précurseurs; d'autres fois elle est précédée de céphalalgie, ou bien d'étourdissement, de lassitude, d'engourdissement, etc. Mais il n'y a de bien constants que les symptômes locaux dont nous venons de parler; ce sont eux qui constituent l'effort hémorrhagique ou le *molimen hemorragicum* des hémorrhagies *actives*, par opposition à celles qu'on a appelées *passives*, à cause de l'absence ou du faible degré des symptômes dont il s'agit. Ces symptômes, en effet, sont loin d'être toujours aussi marqués dans un cas que dans un autre. Ils varient, au contraire, en intensité suivant l'espèce d'hémorrhagie et suivant la disposition des malades. Ils commencent souvent à se

tôt une manière fort adroite de faire honneur à Lordat de la pensée de M. Roche? C'est là une tactique assez ordinaire aux adversaires de la nouvelle doctrine. Ils cherchent à dépouiller les médecins physiologistes de ce ce qu'ils y trouvent de bien, en attendant qu'ils se l'adjugent à eux-mêmes.

faire sentir plusieurs heures avant l'écoulement du sang; quelquefois même ils le précèdent d'un ou de deux jours. On a vu des épistaxis très considérables être annoncées deux et même trois jours à l'avance par un sentiment de malaise, de lassitude et d'engourdissement général, par une céphalalgie et des étourdissements pénibles, que l'hémorrhagie nasale suffisait pour dissiper entièrement, comme dans l'observation rapportée sous le nº 82.

Au reste, les symptômes qui constituent les hémorrhagies intermittentes externes varient infiniment suivant la manière d'être des individus qui en sont affectés. C'est sans doute pour n'avoir pas fait cette distinction importante qu'on a été porté à diviser les hémorrhagies en *actives* et *passives;* on a attribué à une différence de nature de l'hémorrhagie elle-même, ce qui n'était dû qu'à une modification individuelle. Combien de fois, en effet, n'arrive-t-il pas, chez des individus affaiblis successivement par des pertes sanguines très répétées, que les symptômes hémorrhagiques locaux, d'abord très marqués, diminuent peu à peu et deviennent même tout-à-fait insensibles! Sans doute il peut arriver dans ces cas que les accès hémorrhagiques finissent par avoir lieu sans effort et sans aucun signe d'excitation locale. Nous en rapportons un exemple assez remarquable sous le nº 73 : il s'agit d'un homme d'un tempérament sanguin et très fortement constitué, d'un caractère violent, et qui fut tellement affaibli par plusieurs accès hémorrhagiques, que durant les derniers accès il était pâle, et si exténué et si languissant, qu'il ne paraissait plus le même individu, et que l'hémorrhagie, de très active qu'elle était d'abord, parut à la fin n'offrir plus que les caractères qu'on attribue ordinairement à l'hémorrhagie passive. Hé bien, peut-on dire alors que la même hémorrhagie qui, chez le même individu, était d'abord très active, ait changé de nature en offrant une nuance d'irritation plus faible? et peut-on dire qu'elle constitue alors une autre entité morbide particulière qu'on doive appeler *passive*? N'est-il pas évident que, dans ce cas, rien n'est changé dans la nature, mais seulement dans la nuance ou la forme de l'écoulement sanguin? S'il se manifeste quelques particularités locales et générales, quelques phénomènes de plus ou de moins, n'est-ce pas à l'état de l'individu lui-même qu'il faut s'en prendre, comme nous venons d'en citer un exemple? Y a-t-il là autre chose que la différence de

l'homme fort à l'homme faible ? Quelquefois aussi l'absence de l'effort hémorrhagique peut tenir au peu de sensibilité de la partie affectée ; mais, dans tous les cas d'hémorrhagie périodique dont il s'agit, le sang n'est porté au dehors que par un surcroît d'activité, par une espèce particulière d'orgasme ou de mouvement péristaltique morbide du système capillaire sanguin.

Traitement. — Les moyens à employer durant l'accès d'une hémorrhagie intermittente sont à peu près les mêmes que ceux qu'on oppose aux hémorrhagies continues. Comme dans le traitement de ces dernières, les moyens thérapeutiques doivent varier suivant les causes qui les ont provoquées, puis selon l'âge, le tempérament, la disposition des malades, et selon le lieu qu'affecte l'hémorrhagie. Chez une personne jeune et pléthorique, la saignée est souvent indiquée. D'autres fois, il faut donner la préférence aux évacuations sanguines locales, aux ventouses scarifiées, plus souvent aux sangsues appliquées autour de la vulve ou au fondement quand il s'agit de rappeler des règles ou des hémorroïdes dont la suppression a pu provoquer l'hémorrhagie périodique externe. Quelque peu dangereuse que soit cette hémorrhagie, quand elle résulte de la suppression de l'écoulement menstruel, il faut néanmoins, dans tous les cas, s'attacher à rappeler ce dernier écoulement sanguin, parce qu'il est le seul qui soit parfaitement en harmonie avec la santé générale de la femme, et avec l'état normal des fonctions de la génération. Il n'en est pas de même des hémorroïdes, dont l'existence n'est qu'accidentelle et anormale ; cet écoulement périodique n'est point utile, à moins qu'il ne fasse diversion à une autre hémorrhagie plus grave, ou qu'il ne prévienne quelque congestion inflammatoire tendant à se fixer sur quelque organe important comme le cerveau, les poumons, etc. A part ce dernier cas, il peut arriver que les hémorroïdes non seulement ne soient pas utiles, mais qu'elles soient remplacées par une hémorrhagie périodique externe, moins importante ou moins incommode encore que les hémorroïdes elles-mêmes ; de façon qu'il serait alors contre-indiqué de les rappeler, comme dans l'observation sous le nº 70, où le malade préféra conserver une hémorrhagie labiale périodique, plutôt que d'employer les moyens propres à rappeler ses anciennes hémorroïdes qui ne laissaient pas que de l'incommoder beaucoup.

Parmi les moyens locaux qu'on oppose ordinairement à une

hémorrhagie quelconque, les uns sont purement mécaniques, comme certaines positions du malade, l'application de l'agaric, la compression, etc. Les autres agissent sur les propriétés vitales des tissus affectés, comme les astringents, les styptiques, qui, en impressionnant d'une certaine manière les vaisseaux sécréteurs et excréteurs, tendent à faire éprouver un mouvement d'astriction ou de resserrement aux bouches exhalantes de ces vaisseaux; d'autres fois ces moyens agissent plus directement sur leur calibre, et tendent à modifier, si ce n'est à fermer les orifices eux-mêmes qui alimentent l'hémorrhagie. La compression n'est guère avantageuse que dans les cas où l'on a des points de résistance assez solides pour qu'elle puisse s'effectuer convenablement. Il est rare qu'on y ait recours dans les cas d'hémorrhagie périodique. L'emploi qu'on en fit, dans l'observation sous le n° 71, paraît à peine justifié par un succès éphémère, lequel ne fut pas sans incommodités pour le malade, et qui n'empêcha point l'hémorrhagie de récidiver bientôt après. Comme le type intermittent de l'hémorrhagie dont il s'agit était bien régulier, il nous paraît qu'on aurait dû insister sur l'emploi du sulfate de quinine, dans l'intervalle des accès hémorrhagiques, mais sans lui associer l'opium, qui, dans cette circonstance, a peut-être empêché plutôt que favorisé l'action antipériodique du sulfate de quinine; car un des effets assez constants de l'opium, surtout employé à des doses un peu fortes, c'est d'activer le mouvement du cœur et de rendre la circulation du sang plus rapide. Dans cet exemple, comme dans beaucoup d'autres analogues, il nous semble qu'on eût pu se borner durant l'accès à des moyens réfrigérants et styptiques locaux, puis insister particulièrement sur les révulsifs les plus prompts, comme les pédiluves et les maniluves chauds et irritants. On peut aussi appliquer des cataplasmes chauds et sinapisés à la partie interne des membres, en ayant soin de ne les laisser en place que juste le temps nécessaire pour produire un peu de rougeur et de chaleur à la peau.

Il y a encore un autre moyen dont l'effet est plus prompt, et qui, à notre avis, est peut être le plus efficace que nous possédions contre un grand nombre d'hémorrhagies, moyen qui n'entraîne aucune incommodité par la suite; c'est la ligature ou la compression circulaire des membres. Ce précieux moyen, déjà connu des anciens, a été heureusement tiré de l'oubli par quelques praticiens modernes, particulièrement par MM. Lalle-

mand, Bourgery et Sanson qui en ont étudié avec soin, et qui en ont beaucoup mieux compris le mécanisme qu'on ne l'avait fait avant eux. La compression circulaire des membres produit momentanément l'effet d'une saignée, en retenant aux extrémités une certaine quantité de sang. On peut même, en multipliant les ligatures sur chaque membre, rendre cette quantité de sang, qu'on empêche ainsi d'arriver au cœur, assez considérable pour qu'il en résulte une défaillance ou une véritable syncope. Ce moyen n'agit-il pas également comme révulsif par l'espèce de fourmillement et d'engourdissement, parfois de douleur, qu'il provoque dans les extrémités soumises à la ligature, sans parler encore de la révolution générale qui en est la suite? Dans tous les cas, la ligature circulaire des membres nous paraît très propre à obtenir le ralentissement des battements du cœur, et par suite à diminuer l'action morbide des vaisseaux capillaires qui fournissent l'hémorrhagie; ces vaisseaux, recevant tout-à-coup moins de sang, sont plus disposés à rentrer dans leur état normal.

Il y a aussi des hémorrhagies périodiques externes, contre lesquelles non seulement il ne convient point de diriger des moyens thérapeutiques, mais dont il faut au contraire favoriser le retour par tous les moyens hygiéniques les plus convenables. C'est ce qu'on doit faire toutes les fois qu'on peut présumer qu'elles sont utiles à la santé générale des malades; surtout depuis qu'elles sont devenues pour eux une sorte d'habitude économique, une espèce d'émonctoire pour l'entretien duquel la nature a fait ses dispositions, et dont il n'est plus permis, sans danger, de troubler la régularité, ni d'arrêter la marche, et encore moins de supprimer le mode d'action salutaire. En effet, combien d'exemples prouvent que des hémorrhagies périodiques externes n'ont pu être suspendues ou arrêtées, sans qu'il en soit résulté d'autres hémorrhagies internes beaucoup plus graves. N'a-t-on pas vu survenir alors l'hémoptysie, l'hématémèse, l'hématurie ou des inflammations viscérales, comme des péripneumonies, des catarrhes chroniques, des gastro-entérites, des dysenteries, etc.? Nous rapportons quelques observations de ce genre, sous les n°s 85, 86 et 91. Cependant l'hémorrhagie intermittente, dans le plus grand nombre des cas, constitue une maladie réelle dont il faut débarrasser les malades, sauf à prendre toutes les précautions convenables pour éloigner les causes, et combattre certaines habitudes et prédispositions individuelles. Comme pour

toutes les affections périodiques externes, c'est pendant l'intervalle des accès hémorrhagiques qu'il faut administrer le sulfate de quinine, qui en préviendra le retour d'autant plus sûrement qu'il y a presque toujours une intermittence parfaite entre les accès dont il s'agit. C'est souvent parce qu'on n'a point fait attention à la périodicité des hémorrhagies, qu'on a négligé un moyen aussi précieux pour les combattre ; car ce n'est point en vain qu'on y aurait eu recours ; et l'on voit sous les nos 73, 77, 78 et 79, des exemples de succès aussi prompts qu'avantageux, par l'emploi méthodique du sulfate de quinine.

OBSERVATIONS QUI PROUVENT L'EXISTENCE DES IRRITATIONS INTERMITTENTES HÉMORRHAGIQUES EXTERNES.

Hémorrhagie intermittente bi-quotidienne du nombril et quotidienne de la muqueuse nasale. (Fièvre pernicieuse hémorrhagique de l'auteur.)

No 70. Fabrice de Hilden rapporte qu'un apothicaire de Soleure étant allé à Strasbourg par un temps fort chaud, et s'étant livré avec un grand zèle aux affaires de son négoce, présenta tout-à-coup une hémorrhagie abondante par une petite ouverture qui se fit au nombril. Il rendit une livre et demie de sang, après quoi l'hémorrhagie s'arrêta spontanément. Le malade, aussi surpris qu'effrayé, fit appeler des médecins qui lui prescrivirent des remèdes tempérants. Ces remèdes n'empêchèrent point l'hémorrhagie de se renouveler le lendemain et les jours suivants à des époques régulières, savoir: le matin depuis sept heures jusqu'à huit, et dans l'après-midi depuis deux heures jusqu'à trois : cette hémorrhagie continua d'avoir lieu ainsi pendant onze jours consécutifs. Le sang ne sortait pas lentement et goutte à goutte, mais avec une impétuosité étonnante, sans qu'aucun des remèdes employés par les hommes de l'art ait pu y apporter le moindre changement. Le malade avait encore un saignement du nez une fois le jour, dans le même temps qu'il avait l'une des deux hémorrhagies ombilicales. L'ouverture par laquelle celles-ci faisaient irruption était à peine de la largeur d'une lentille, ce qui n'empêchait pas l'écoulement sanguin d'être chaque fois assez abondant. Après que l'ouverture ombilicale eut cessé de fournir du sang, il en sortit encore du pus pendant deux mois. La quantité totale de sang que ce malade perdit fut évaluée environ à une pesanteur de vingt-sept livres. (*Observ. chirurg.* p. 219.)

Epistaxis intermittente bi-quotidienne.

No 71. Blanck, âgé de vingt-huit ans, peintre en bâtiments, avait été sujet à des épistaxis assez fréquentes dans sa première jeunesse, et depuis cette époque il lui arrivait encore souvent de saigner du nez, particulièrement dans l'été et lorsqu'il se livrait avec ardeur à son travail ; cependant ces épistaxis étaient modérées, et ne duraient guère au-delà de cinq minutes à un quart d'heure ; sa santé du reste se conservait parfaitement bonne. Dans le courant d'août 1826, Blanck contracte une blennorrhagie ; celle-ci ayant été supprimée par des remèdes intérieurs, des bubons se développèrent ainsi que des chancres au pourtour du gland, et nécessitèrent un traitement avec le sublimé, qui fut continué jusqu'au commencement de décembre. Cependant les épis-

taxis habituelles n'avaient pas reparu depuis l'invasion de la blennorrhagie, c'est-à-dire depuis le mois d'août; mais le 18 décembre, sans cause appréciable, Blanck fut pris d'une hémorrhagie nasale considérable, qui dura depuis cinq jusqu'à huit heures du soir, et put être évaluée à un litre de sang. Cette hémorrhagie ne fut précédée ni de céphalalgie, ni d'aucun symptôme de congestion cérébrale.

Le 19 au matin, l'épistaxis reparut toujours par la narine droite. Le malade perdit moins de sang que la veille, et l'écoulement ne dura qu'une demi-heure environ; mais le soir il revint de nouveau et fournit à peu près une demi-pinte de sang. Quoique la faiblesse commençât déjà à être assez considérable, aucun phénomène particulier ne se développa, et le malade passa une bonne nuit.

Le 30, une nouvelle épistaxis a lieu le matin; elle se prolonge pendant plus d'une demi-heure; elle est plus considérable que la précédente; le malade perd environ un litre de sang. Dans la nuit, l'hémorrhagie reparaît avec une plus grande intensité et dure une heure. C'est alors que cet homme quitta Raincy, pays où il travaillait, et qu'il vint à Bellevue.

Le 21 il perdit encore une pinte et demie de sang en deux fois; savoir, le matin pendant une demi-heure, et près d'une heure la nuit. Cependant ces hémorrhagies, quoique fort abondantes, n'avaient déterminé aucun trouble dans les fonctions; seulement le malade était fort pâle; du reste, l'appétit se conservait. C'est dans cet état qu'il entra à l'Hôtel-Dieu le 22 décembre 1826. Le soir même, vers les sept heures, l'hémorrhagie nasale reparaît; le sang coule fort abondamment et remplit un bassin (une pinte au moins). Il est recouvert d'une couenne épaisse et grisâtre; le caillot est résistant, mais peu volumineux, le sérum fort abondant.

Le 23, le malade ne se plaint d'aucune partie du corps; la peau est fort pâle et tirant un peu sur le jaune; la muqueuse des lèvres est beaucoup moins rouge que dans l'état ordinaire; Blanck en un mot ne se plaint que de la faiblesse dans laquelle l'ont jeté les pertes de sang considérables qu'il a faites depuis cinq jours. Le pouls est petit, très faible, fréquent. M. le professeur Récamier, frappé du type intermittent qu'affecte cette épistaxis, prescrivit le traitement suivant: douze grains de sulfate de quinine en trois doses; limonade avec eau de Rabel; un grain d'extrait gommeux d'opium, pour le soir.

L'hémorrhagie nasale reparaît à sept heures du soir sans être précédée de symptômes précurseurs; cette fois le malade ne perd qu'une demi-livre de sang environ.

Le 24 au matin, l'épistaxis revient. C'est alors que l'on substitue au traitement précédent le tamponnement des fosses nasales à l'aide de la charpie. Le soir, il n'y a point d'hémorrhagie.

Le 25 au matin, quelques gouttes de sang s'étant écoulées, on applique de la nouvelle charpie dans les fosses nasales. Les jours suivants, les lotions avec l'hydrochlorate de chaux sont prescrites pour s'opposer à la fétidité des tampons de charpie, et remplissent complétement leur but. Du 25 au 30 les forces du malade se rétablirent graduellement, la teinte jaune de la peau se dissipa, la pâleur diminua également; enfin, le 31 décembre, l'hémorrhagie n'ayant point reparu, on retira les tampons de charpie.

Le 4 janvier l'épistaxis revint, mais elle fut très modérée; il ne s'écoula qu'un demi-verre de sang. Le 7, pendant que le malade mangeait de la soupe très chaude, il fut pris d'un nouvel écoulement de sang, mais peu abondant; enfin le 10, s'étant levé, il s'en développa un nouveau (un verre de sang environ), lequel se renouvela le 11 et le 12. Depuis cette époque, ces épistaxis ont cessé complétement. La santé du malade aujourd'hui est parfaite, quoiqu'il reste un peu de pâleur. (Martinet. *Revue méd.* 1834.)

Autre épistaxis, type quotidien.

N° 72. Un jeune homme était affecté toutes les nuits à la même heure, et lorsqu'il dormait profondément, d'une hémorrhagie nasale. Aucun moyen n'avait pu ni l'arrêter, ni produire une déviation dans sa périodicité. Darwin fut consulté, et le guérit de cette hémorrhagie par un moyen bien simple que voici : il recommanda d'éveiller le jeune homme au moment précis où l'évacuation sanguine allait se manifester, et de le faire lever pendant un quart d'heure. Cela fut répété avec soin pendant quelque temps, et réussit complétement; l'hémorrhagie ne reparut plus, et il n'y eut aucune maladie subséquente. (Valentin, *Journal gén. de méd.*, t. XXIV.)

Epistaxis intermittente quotidienne.

N° 73. M. Vert, âgé de soixante-quinze ans, fortement constitué, d'un tempérament sanguin et d'un caractère violent, après avoir éprouvé quelques contrariétés, fut atteint, le 17 août 1829, à dix heures du soir, d'une épistaxis qui ne s'arrêta qu'après trois heures de durée, le malade ayant perdu plusieurs livres de sang dans cet intervalle.

Le lendemain à la même heure, l'hémorrhagie reparut avec plus de violence encore que la veille. Le malade avait la face vultueuse, les yeux brillants, le pouls dur et accéléré; il présentait enfin tous les symptômes qui accompagnent les hémorrhagies actives. Un bain de pied sinapisé, une potion astringente et une liqueur de même nature aspirée par le nez, mirent fin à cet écoulement de sang. Le troisième jour, le malade se trouvait pâle et un peu faible, son pouls était naturel; l'hémorrhagie n'en reparut pas moins à dix heures du soir, et donna lieu à une perte considérable de sang.

Ne pouvant plus méconnaître la nature périodique de la maladie, M. Bottex prescrivit de la limonade sulfurique et du sulfate de quinine. Le lendemain, toujours à dix heures du soir, il y eut encore une hémorrhagie, mais beaucoup plus faible. La dose du sulfate de quinine ayant été augmentée, l'épistaxis ne reparut pas. (*Travaux de la Société méd. de Lyon*, 1831.)

Autre hémorrhagie intermittente quotidienne.

N° 74. Le docteur G. Benaben rapporte l'exemple d'une hémorrhagie qui récidivait chaque jour à la même heure chez un homme sanguin, âgé de vingt-deux ans. Une arme à feu ayant éclaté entre les mains de cet individu, l'on fut obligé de lui pratiquer l'amputation de deux doigts de la main gauche. La plaie qui en fut la suite n'offrit d'abord rien de particulier que le suintement ordinaire en pareille circonstance, jusqu'à l'époque où la ligature des vaisseaux est prête à tomber; depuis ce moment cette plaie présenta une exhalation sanguine plus ou moins abondante aux mêmes heures. C'était vers le soir qu'elle se manifestait, et elle était d'autant plus grande qu'il y avait en même temps un redoublement fébrile plus marqué. Cette hémorrhagie périodique n'exigea aucun traitement particulier, et ne présenta rien de remarquable que son retour à la même heure pendant plusieurs jours de suite. (*Revue méd. franç.*, t. V, 1825.)

Hémorrhagie du mamelon gauche alternant avec le flux menstruel.

N° 75. La fille d'un médecin, étant à l'hospice de Saint-Louis, à Paris, eut une déviation bien singulière du flux menstruel; elle avait lieu par la mamelle gauche. Un jour les règles parurent; puis un instant après elles se supprimèrent, et le sang s'exhala de l'extrémité du mamelon gauche. La malade n'y éprouvait qu'un léger sentiment de chaleur.

Un moment après les règles reparurent, et le mamelon cessa d'exhaler du sang. Cette succession de phénomènes s'est renouvelée trois et quatre fois pendant la durée de cette menstruation. (Latour, *Cause des hémorrh.* t. II.)

Hémorrhagie intermittente quotidienne, quintane, et quindécimane.

N° 76. Patrick Murray rapporte qu'une femme âgée de quarante-quatre ans, avait eu déjà ses règles deux fois à l'âge de quinze ans, lorsqu'elle fut poussée rudement contre une pierre, dans le temps que les règles coulaient pour la troisième fois; elle eut l'épaule gauche considérablement blessée par cette chute, et vomit peu de temps après une grande quantité de sang. Les règles cessèrent dans la nuit, et elle ressentit une grande douleur à l'épaule et au côté gauche. Cette douleur fut accompagnée de faiblesse, d'inquiétude, de vomissement de sang, et de temps à autre le sang lui sortait par le nez. depuis lors, elle continua à perdre tous les jours la quantité d'au moins une demi-livre de sang, pendant deux années de suite. L'hémorrhagie revenait environ toutes les cinq ou six heures, quatre à cinq fois dans un jour; quelquefois le sang sortait non seulement par la bouche et par le nez, mais encore par les oreilles de quatre en quatre jours. La malade avait encore pendant la nuit un léger écoulement menstruel. Une fois, on lui appliqua des ventouses le long du dos qui arrêtèrent l'hémorrhagie pendant sept semaines. Cette suppression lui occasionna des douleurs très vives dans le sein, qui se tuméfia au point que l'on fut obligé d'y faire des scarifications pour soulager la malade.

Plus tard les hémorrhagies furent moins fréquentes; elles ne revenaient que tous les quatorze ou tous les quinze jours, et au plus deux fois par semaine. Elle est restée dans cet état pendant sept années de suite, avec cette différence que, dans les deux dernières années, le sang ne sortait pas seulement par le nez, par la bouche, par les oreilles, par les yeux et par les selles, mais qu'il s'échappait aussi par le sein et par la racine des ongles, tant des doigts de la main que de ceux du pied.

Elle ne ressent que peu ou point de douleur avant que les hémorrhagies reviennent; mais elle en connaît les approches par un engourdissement qui se fait sentir à l'extrémité des doigts et des orteils, et par une dureté dans l'ouïe; elle s'aperçoit quand le vent d'est souffle; alors elle frissonne, et l'hémorrhagie survient surtout par le nez et la bouche. A la suite de chaque hémorrhagie, elle est faible et indisposée pendant quelques jours. La saignée la soulage, mais ne prévient pas l'hémorrhagie, alors même qu'elle est pratiquée immédiatement avant le temps où la perte de sang doit avoir lieu; seulement elle a été moins abondante quand on a eu recours au moyen dont il s'agit. (*Essais et obs. de méd. de la Soc. d'Edimb.* t. II.)

Epistaxis intermittente, type tierce.

N° 77. Un homme, âgé de vingt-huit ans, était atteint d'une fièvre intermittente dont chaque accès était accompagné d'une hémorrhagie nasale tellement abondante, qu'elle aurait pu, en se répétant un certain nombre de fois, mettre en danger la vie du malade. L'hémorrhagie commençait pendant la période du froid et se continuait avec force, jusqu'à ce que la sueur fût bien établie. Il était impossible, quelque moyen qu'on employât, d'empêcher le sang de couler par les narines, pendant tout le temps que le froid se faisait sentir au malade. M. le docteur Kuhlbrand, qui a été témoin de ce fait, s'empressa d'administrer une forte dose de quinquina et d'acides minéraux; de telle sorte qu'il n'y eut guère que trois accès hémorrhagiques très sensibles. Mais comme ce malade avait perdu du sang en très grande quantité, la convalescence fut assez longue, et nécessita encore l'emploi des amers

et des toniques qu'on jugea à propos de continuer pendant un temps plus ou moins long. (*Wochenschrift fur die Gesam. heilk.*)

Epistaxis avec le type tierce.

Nº 78. Rosen fait mention d'une hémorrhagie nasale qui revenait avec beaucoup de régularité, de deux jours l'un, chez un enfant. Elle était chaque fois très abondante; il pensa même qu'elle aurait pu faire périr cet enfant, si on ne lui avait promptement administré le quinquina, qui la fit cesser entièrement. (*Maladies des enfants.*)

Hémorrhagie intermittente, type tierce. (Fièvre pernicieuse hémorrhagique de l'auteur.)

Nº 79. M. Léon Dufour, médecin de Saint-Sever, a communiqué à l'Académie de médecine, en 1837, une observation d hémorrhagie intermittente qui peut, selon lui, constituer une *nouvelle* espèce de fièvre pernicieuse *hémorrhagique*. Il s'agit d'une petite fille, âgée de six ans, qui fut prise presque spontanément d'une hémorrhagie nasale très abondante qui s'arrêta subitement et qui fut suivie d'un mouvement fébrile assez intense. Le lendemain la santé était parfaite. Le surlendemain nouvelle hémorrhagie, mais cette fois c'est l'estomac qui en est le siége; pendant sa durée, angoisse et prostration extrêmes; aussitôt que le sang cesse de couler, la réaction se déclare comme l'avant-veille. M. Dufour crut reconnaître une fièvre intermittente pernicieuse qui se cachait sous les apparences d'une hémorrhagie; en conséquence, ce médecin se hâta de prescrire le sulfate de quinine. Par l'emploi méthodique de ce moyen, l'hémorrhagie et la fièvre pernicieuse furent conjurées et guéries en même temps. (*Bullet. de l'Acad. roy. de méd. de Paris.*)

Epistaxis hebdomadaire.

Nº 80. OEthéus rapporte qu'il a observé un jeune ecclésiastique sujet à un saignement du nez qui le prenait régulièrement toutes les semaines. Sauf cette hémorrhagie périodique, sa santé était généralement bonne. (*Acad. scrut. natur.*)

Diapédèse intermittente quindécimane.

Nº 81. M. Fournier a observé une diapédèse périodique chez un homme d'État, âgé de quarante-cinq ans; elle se manifesta à la suite de chagrins et de veilles causées par un travail important. Il se livra avec indiscrétion aux plaisirs de l'amour pendant une partie de la nuit. M. Fournier le trouva le lendemain dans une grande agitation fébrile, ayant de vives douleurs aux cuisses, aux jambes, aux aines, au pubis, et particulièrement à la verge. Toutes ces parties étaient inondées de sang; il coulait avec abondance des pores du gland. Ce praticien parvint à faire cesser la diapédèse; mais elle se reproduisit régulièrement tous les quinze, ou au plus tous les vingt jours. Malgré l'emploi des moyens les plus convenables, les mêmes accidents reparurent pendant environ cinq mois; il n'y eut de différence que pendant les trois derniers mois, où la crise fut moins considérable. La verge était toujours la partie la plus affectée, et une douleur cuisante accompagnait constamment la diapédèse. (Latour, *Causes des hémorrh.*)

Epistaxis avec le type mensuel.

Nº 82. M. Caestrick fils rapporte qu'il a vu à Hettange, près de Thionville, un nommé George Schleitb, habitant et sergent de la seigneurie du

lieu, homme d'une stature médiocre, jouissant d'ailleurs d'une bonne santé, qui avait une hémorrhagie considérable par les narines. Ce chirurgien se disposait à arrêter cette hémorrhagie, lorsque plusieurs personnes, qui étaient témoins d'un spectacle qui l'avait d'abord consterné, lui apprirent qu'il y avait nombre d'années qu'il éprouvait les mêmes pertes. Le sang, arrêté de lui-même par la déplétion des vaisseaux, permit à cet homme, tranquille sur son état, de répondre aux questions que M. Caestrick crut devoir lui faire. Il lui dit qu'il était âgé de trente-huit ans, et que, depuis seize ans, il était soumis à cette évacuation périodique, qui venait exactement tous les mois. Il évaluait la quantité de sang qu'il perdait à un pot et demi. Il lui apprit encore que, deux jours avant son hémorrhagie nasale, il éprouvait un mal-être sensible, des étourdissements considérables, des lassitudes et des étourdissements insupportables, tandis que le calme le plus parfait s'établissait immédiatement après qu'elle avait eu lieu. (*Journal de médecine*, t. XXII, an 1765.)

Autre épistaxis mensuelle.

N° 83. Un jeune homme d'une forte constitution est sujet tous les mois à des saignements de nez très abondants. Il sent cette évacuation se préparer d'avance; deux ou trois jours avant qu'elle n'arrive, la tête devient lourde, le visage rougit considérablement; dans ces circonstances, le pouls est constamment plein, dur, vigoureux et très rebondissant. L'hémorrhagie annoncée ne manque jamais d'arriver; lorsqu'elle cesse, le pouls devient égal, souple, conservant encore cependant une sorte de pente au rebondissement; la santé générale de ce jeune homme n'en est point altérée d'une manière sensible. (Bordeu. *Recherches sur le pouls.*)

Schulze dit que lui-même, étant jeune, fut sujet tous les mois à un saignement de nez qui n'avait lieu que par la narine droite. (*Acad. scrut. natur.*)

Ophthalmorrhagie mensuelle.

N° 84. Helwich rapporte qu'une jeune fille fut sujette dès l'âge de sept ans, et exactement tous les mois, à une évacuation sanguine périodique par les yeux. Cette hémorrhagie conserva la même régularité et le même siége jusqu'à l'âge de treize ans; à cette époque, les menstrues s'établirent; et l'écoulement qui se fit par la voie ordinaire supprima entièrement celui qui avait lieu auparavant et aux mêmes époques par la conjonctive. (*Morb. uratisl*, 1701.)

Hémorrhagie intermittente mensuelle.

N° 85. Musgrave rapporte qu'un domestique était sujet depuis sa jeunesse à une hémorrhagie qui récidivait chaque mois au pouce de sa main droite. L'écoulement du sang survenait à une époque fixe au côté droit de l'ongle, sans mal de tête, ni difficulté de respirer, ni aucun autre signe de pléthore sanguine. Le symptôme précurseur était une petite tumeur du pouce, de laquelle le sang sortait par divers orifices; il s'en écoulait au moins quatre onces, et même une demi-livre, lorsque ce sujet fut parvenu à l'âge de seize ans, et sans que ses forces en fussent diminuées.

A vingt-un ans, voyant que l'évacuation sanguine se faisait confusément et avec peine, il brûla cet endroit du pouce avec un fer rouge; l'hémorrhagie fut supprimée par ce moyen; mais peu de temps après, hémoptysie avec toux, diminution des forces, coliques violentes, surtout à la moindre impression du froid; emploi inutile de la saignée et d'autres remèdes. Depuis cette suppression, il est devenu pâle, languissant, et valétudinaire. (*Act. Lips.* 1702.)

Autre avec le même type.

No 86. Jacques Sola, robuste, d'un tempérament sanguin, âgé de vingt-cinq ans, fut sujet depuis sa quinzième année à un écoulement de sang, par le bout du petit doigt de la main droite, qui revenait tous les mois, presque aux mêmes jours. Le sang coulait chaque fois fort lentement et goutte à goutte, pendant deux jours; on ne voyait aucune ouverture; dans les intervalles périodiques, sa santé était bonne, et il continuait ses travaux ordinaires. Un mal de tête qui s'augmentait progressivement annonçait l'hémorrhagie; il cessait quand elle finissait. Cette douleur de tête était accompagnée d'un engourdissement du bras droit qui disparaissait aussi avec l'écoulement. Ces accidents devenaient plus intenses si le sang coulait en moindre quantité; si l'on voulait les modérer il suffisait de baigner une heure le bras, durant les trois jours qui précédaient l'époque de l'évacuation. Le malade s'étant mouillé les pieds dans un ruisseau, par un temps très froid, l'effusion sanguine périodique manqua, et aussitôt une péripneumonie et une dysenterie la remplacèrent. La péripneumonie céda facilement aux remèdes, mais la dysenterie fut opiniâtre. Le bain du bras put seul rappeler l'hémorrhagie périodique du petit doigt, qui fit cesser sur-le-champ la dysenterie. Trois mois après, le malade cracha encore du sang, parce que depuis un temps pareil l'évacuation du doigt était supprimée; le bain déjà employé, en la rétablissant, remédia au crachement de sang qui ne revint plus. Il a constamment joui d'une santé parfaite pendant seize ans, qu'il a eu régulièrement son flux périodique. (Carrère.)

Hémorrhagies cutanées mensuelles.

No 87. Une femme âgée de quarante-trois ans, nommée Breton, native et habitante du village de Charonne, près Paris, d'un tempérament sanguin, perdit ses menstrues à l'occasion d'une peur. Deux mois après, il se manifesta sur toute la surface de la poitrine une rougeur qui, en peu de temps, se trouva parsemée d'un nombre prodigieux de tubercules de la même couleur, gros à peu près comme de petits pois, lesquels s'ouvrirent, et laissèrent couler abondamment du sang pendant quelques jours. Le temps requis à cette évacuation une fois passé, tout disparaissait pour recommencer le mois suivant, et ainsi de suite pendant dix ans. Il ne restait, dans l'intervalle d'une évacuation sanguine à l'autre, qu'un peu de rougeur qui n'était point de nature inflammatoire.

A chaque époque des règles, le sang porté en grande abondance dans le tissu vasculaire répandu à la surface de la poitrine et des mamelles, distendait avec une telle force ces parties, qu'il obligeait l'épiderme à se soulever et à se rompre; alors l'effusion avait lieu et durait tant que l'engorgement ou la pléthore locale n'était pas dissipée; ce qui n'avait lieu qu'au bout de trois ou quatre jours, après lesquels tout rentrait dans l'état ordinaire. Ce qu'il y avait de plus remarquable, dit l'auteur, c'est un bouton tout-à-fait semblable aux précédents, qui était situé à la partie moyenne de la pommette du côté gauche, et qui versait du sang en même temps et aussi long-temps que ceux de la poitrine. (Cazenave, *Journal de méd.* 1759.)

Autre hémorrhagie avec le même type.

No 88. Renivenius a observé une hémorrhagie considérable qui récidivait périodiquement tous les mois, chez un individu âgé de trente-six ans. Le sang provenait de la partie externe du bas-ventre du côté du foie. On n'observait aucune lésion à la peau, qui était lisse, mollette et sans aucune cicatrice ni blessure. On pouvait avec le doigt couvrir la place d'où le sang sor-

tait, et arrêter ainsi ce fluide pendant quelque temps ; mais on ne pouvait jamais empêcher qu'il ne recommençât à transpirer et à fluer, jusqu'à ce qu'il s'en fût écoulé une livre environ de sang. (Dodonœi, *Obs. méd.*)

Autre hémorrhagie périodique.

N° 89. Latour rapporte qu'un laboureur de Fromarville, dans l'Orléanais, présentait tous les trois mois environ une espèce de tumeur variqueuse qui se développait sur la lèvre inférieure, et se rompait de manière à fournir un jet et un écoulement assez considérable de sang. Cette congestion locale et l'hémorrhagie qui en était la suite étaient annoncées par un orgasme dans toute la tête qui le disposait au sommeil, et par un état de paresse qui lui faisait désirer le retour ordinaire et périodique de cette effusion sanguine. Questionné sur les antécédents de cette affection, le malade répondit qu'il était jadis très incommodé par une tuméfaction des vaisseaux hémorroïdaux, qui l'empêchait de monter à cheval, et qu'il ne doutait pas que la tumeur et l'hémorrhagie périodiques de la lèvre ne l'eussent remplacée. Il n'a jamais cherché à remédier à cette déviation du sang hémorroïdal qu'il trouve moins gênante que ses hémorroïdes anciennes, et qui ne laisse, après que l'hémorrhagie a eu lieu, aucune trace sur la lèvre. (*Caus. des hémorrh.*, tom. I.)

Hémorrhagie buccale revenant trois fois par an.

N° 90. Arnold-Boot vit un vieillard, homme de qualité, sujet trois fois par an à une hémorrhagie de la bouche qui se manifestait à des époques déterminées ; le sang venait surtout de la partie gauche du fond de la bouche. Durant la jeunesse de cet homme le sang sortait souvent en abondance ; mais ensuite il ne coulait que par gouttes pendant tout le temps que durait l'accès hémorrhagique, c'est-à-dire pendant un ou deux jours ; assez souvent le sang venait des gencives, des bords latéraux de la langue, des lèvres ou des parties internes des joues. (*De affection. omiss.*)

Hémorrhagies intermittentes revenant tous les quatre mois et tous les six mois.

N° 91. Wepfer nous a transmis l'histoire d'une dame qui, depuis quinze ans, portait au pouce de la main gauche une tache d'un rouge brun, du milieu de laquelle le sang jaillissait trois fois par an ; le jet du liquide s'élevait chaque fois à une certaine hauteur, et se répandait avec une assez grande quantité pour causer une espèce de défaillance à la malade ; après cela l'hémorrhagie s'arrêtait, et il restait à peine de traces du lieu par lequel s'effectuait l'évacuation sanguine. (*Exercit. de loco affecto in apopl.*)

Selon le récit de Carl, un homme avait régulièrement deux fois par an le nez rouge, enflé, et il en sortait une certaine quantité de sang. Cette hémorrhagie, à laquelle cet homme était sujet depuis son enfance, se supprima à l'âge de soixante-dix ans, en lui causant un pissement de sang et la mort.

(*Act. nat. curios.*, vol. III.)

Diapédèse intermittente annuelle.

N° 92. Zacutus Lusitanus rapporte qu'un homme robuste, bien constitué, et qui avait de l'embonpoint, se trouvait atteint au commencement de chaque printemps d'une espèce de fièvre sanguine qui se terminait spontanément et de la manière la plus heureuse par une sueur générale de sang ; cette crise avait lieu le septième jour de la maladie. Au moment où l'hémorrhagie cutanée commençait à s'établir, le malade ressentait une chaleur et un prurit incommode sur toute la surface du corps. Cette évacuation était au reste régulière et abondante. (*De prax. med.* obs. 72.)

CHAPITRE III.

IRRITATIONS INTERMITTENTES SUBINFLAMMATOIRES EXTERNES.

Si l'on a reproché avec raison aux doctrines, ou plutôt aux différents systèmes qui ont occupé tour à tour le monde médical, d'avoir été exclusifs, d'avoir placé presque toutes les maladies, tantôt sous la dépendance des humeurs, tantôt sous l'empire d'une nature prévoyante, d'un archer ou d'une âme; tantôt sous l'influence unique du spasme nerveux, ou bien de la force et de la faiblesse considérées d'une manière générale et abstraite, etc.; on ne peut point, ce nous semble, adresser le même reproche à la doctrine physiologique. Faite pour les remplacer tous, elle a pour ainsi dire établi la part de chacun d'eux, en étudiant le rôle des humeurs, en s'assurant autant que possible de l'état d'organisation et de vitalité de tous les tissus dans l'état normal, pour reconnaître les modifications particulières qui constituent leurs différents états morbides. Le médecin physiologiste ne poursuit pas seulement la maladie dans tous les organes, mais il distingue encore dans chacun d'eux des affections différentes selon les divers changements survenus dans son mode d'action physiologique, suivant que la sécrétion des humeurs, que l'état des nerfs, des capillaires rouges, des vaisseaux blancs, en un mot, suivant que l'état de chacun des tissus primitifs qui entrent dans sa composition se trouve modifié ou altéré de telle ou telle manière.

Nul doute qu'en remontant aux lois primitives de l'organisme et des phénomènes vitaux, on ne voie toutes les opérations organiques, toutes les propriétés vitales se simplifier et ne se montrer en dernière analyse que sous l'apparence d'une propriété unique, l'irritabilité; mais il ne fallait pas seulement rentrer dans cette unité et cette simplicité primordiales de la vitalité. Le grand problème qu'il y avait à résoudre, et qui n'était pas même aperçu avant les progrès de la physiologie et de l'anatomie pathologique, c'était de poursuivre cette propriété et ces lois vitales, d'abord si simples, dans les différents tissus et dans tous les organes, pour reconnaître les rôles divers que fait jouer à chacun d'eux sa dif-

férente organisation dans l'état de santé, et ceux plus variés, plus nombreux que leur imprime la maladie.

C'est cette étude qui, poursuivie avec ardeur dans les différents systèmes organiques et dans chaque tissu en particulier, distinguera toujours la doctrine physiologique de toutes les théories hypothétiques anciennes et modernes, et qui la préservera des erreurs enfantées et propagées par elles. On a dit que M. Broussais voyait *tout en rouge* dans les maladies, comme autrefois Stoll y voyait *tout en jaune* ! On a encore reproché au célèbre professeur du Val-de-Grâce de tomber dans un excès opposé à celui de Brown! Rien n'est plus faux que cette allégation; rien n'est moins fondé que ce reproche; car c'est là précisément le caractère distinctif de la doctrine physiologique de reconnaître de la faiblesse où il y a de la faiblesse, de trouver force et stimulation là où existent l'une et l'autre, de voir rouge ce qui est rouge, jaune ce qui est jaune, blanc ce qui est blanc; en un mot, de tenir compte de toutes les teintes les plus variées et les plus bizarres des irritations morbides et de leurs produits, quels qu'ils soient. Mais si, d'après les principes de cette doctrine, on s'étudie à reconnaître et à distinguer toutes ces particularités des maladies, ce n'est jamais dans le but d'en tirer parti pour créer des spécialités morbides, des maladies générales, *suî generis*, et essentielles; c'est uniquement pour mieux saisir le rôle que jouent les systèmes sécrétoire ou lymphatique, artériel ou veineux, dans telles ou telles lésions locales; car, pour le médecin physiologiste, il n'y a pas plus de maladies générales rouges qu'il n'y en a de blanches; et pour lui, la fièvre générale rouge (la fièvre inflammatoire essentielle des auteurs, la fièvre sthénique hématosique de M. Récamier (1)) est une abstraction aussi bien que la cachexie blanche, que la diathèse putride, que la viciation générale et spontanée des humeurs.

On conçoit que les dénominations vagues et bizarres de *diathèses* ou de *cachexies cancéreuse, laiteuse, vénérienne, scrofuleuse*, etc., aient été consacrées à une époque où elles représentaient réellement tout ce qu'on savait à l'égard des maladies du système exhalant, sécréteur et lymphatico-glandulaire, dans lesquelles on n'accusait qu'une surabondance ou un vice de la lymphe ou des humeurs ! En effet, quand on voyait un homme pâle, bouffi

(1) *Traité du cancer et des fièvres.*

et infiltré du haut en bas, un autre dont la peau devenait dure, épaisse, raboteuse, difforme comme celle de l'éléphant, du lion, des crustacés, c'était une maladie générale ou spéciale, appelée *cachexie scrofuleuse*, *anasarque*, *éléphantiasis*, *lèpre*, *dartre crustacée*, *léontine*, *pellagre*, etc. On n'en recherchait ni les causes, ni le siége, ni la nature ; on se contentait de lui adresser quelques remèdes; ceux qui paraissaient réussir restaient inscrits à côté de la maladie, pour lui être opposés en temps et lieux opportuns; et voilà tout. Mais quand, le scalpel d'une main et la loupe de l'autre, le médecin scrutateur des phénomènes et des altérations morbides, s'occupa de reconnaître les tissus et les systèmes organiques spécialement affectés, quand il voulut savoir ce qu'étaient, d'où provenaient ces fluides insolites versés au dehors ou rassemblés au dedans, tous ces écoulements de matières muqueuse, séreuse, séro ou mucoso-albumineuse, de couleur blanche, jaune ou verdâtre, qui vont se condenser à la surface du corps, sous formes de croûtes sèches ou humides, lisses, minces, écailleuses ou épaisses et raboteuses ; enfin ces humeurs qui se combinent avec le tissu cellulaire sous-cutané pour former des couches couenneuses, épaisses, d'une consistance et d'une forme variées, alors il reconnut dans ces altérations organiques si nombreuses et si variées, dans ces produits si remarquables, il reconnut, dis-je, diverses nuances d'irritations des vaisseaux blancs, consistant, tantôt dans un surcroît morbide d'exhalation séreuse on muqueuse, tantôt dans des supersécrétions et des subinflammations de la couche superficielle ou profonde du système exhalant sécréteur et lymphatico-glandulaire ; il put s'assurer enfin qu'un certain nombre de ces affections provenaient de la lésion combinée des capillaires rouges et des vaisseaux blancs, qu'elles étaient le résultat d'un travail morbide mixte, ordinairement chronique, lent, successif, souvent rémittent et intermittent, tantôt borné à des symptômes locaux, tantôt accompagné, précédé ou suivi de symptômes généraux, fébriles et gastriques.

Si, jusqu'à l'époque de la doctrine physiologique, les maladies du système blanc, lymphatico-sécrétoire, exhalant et absorbant, ont joué un rôle peu important et presque nul dans les traités de pathologie, c'est évidemment parce qu'on s'était habitué à les voir en masse, et qu'ainsi on ne voyait que la superficie des choses; on ne saisissait que des caractères généraux, insuffisants

pour conduire à la connaissance du siége et de la nature de ces maladies. M. Lepelletier est un des premiers élèves de l'école physiologique, qui ait traité d'une manière rationnelle et lumineuse les affections dites scrofuleuses (1). C'est depuis les premiers travaux de cette école que M. Alard a donné à certaines maladies du système absorbant-lymphatique un développement qui l'aurait honorablement associé à ces travaux, si trop souvent il ne s'éloignait des principes physiologiques en rapportant presque toutes les maladies à l'altération du système organique qui a été l'unique et trop exclusif objet de ses recherches (2).

M. Roche est assurément celui, de tous les médecins physiologistiques, qui s'est le plus attaché à développer, sous ce rapport, les principes de la nouvelle doctrine; mais il est vivement à regretter qu'il ait divisé en plusieurs ordres d'irritations différentes, des maladies qui ne proviennent en dernière analyse que de l'irritation des vaisseaux blancs ou du système lymphatico-exhalant, sécréteur et absorbant. Tout comme on emploie le mot inflammation pour indiquer, d'une manière générale, tout surcroît d'action incompatible avec l'exercice régulier des fonctions du système capillaire sanguin, de même on doit entendre par le mot subinflammation, toute irritation morbide des vaisseaux blancs ou du système lymphatico-glandulaire, exhalant et absorbant. L'irritation subinflammatoire doit être, pour ce dernier système, ce qu'est pour le système sanguin l'irritation inflammatoire. Cela posé et reconnu, il nous semble qu'on ne doit plus admettre des irritations *sécrétoire* et *nutritive*, à moins de ne les considérer que comme de simples variétés et dépendances de l'irritation subinflammatoire, variétés dont on ne s'occupera plus qu'en faisant l'histoire de la subinflammation elle-même.

Il suffit d'un moment de réflexion pour reconnaître combien il est peu méthodique de séparer des affections qui, tout-à-fait semblables par le fond, ne diffèrent que par la forme. Il nous paraît même qu'on peut faire disparaître sans inconvénients cet ordre d'irritations nutritives sur lequel on a bâti l'échafaudage mal assuré des *hypertrophies*; car, si l'on analyse les affections décrites sous ce nom, on reconnaîtra, dans les unes, de simples produits de l'irritation subinflammatoire ou lymphatico-sécré-

(1) *Traité de la maladie scrofuleuse*, in-8, 1818.

(2) *De l'inflammation des vaisseaux absorbants, lymphatiques, etc.*, 2 vol. in-8°, 1824.

toire : telles sont les loupes (1), les cors, etc.; dans les autres, un simple accroissement de volume et d'énergie qui ne constitue point une maladie ; dans quelques unes, enfin, un état pathologique qui rentre dans ce qu'on est convenu d'appeler désorganisation. Ce qui prouve encore le peu de fondement de cet ordre d'irritations nutritives et tout le défaut des divisions dont il s'agit, c'est qu'on pourrait également attribuer à ces dernières irritations plusieurs espèces d'engorgements lymphatiques, tels que l'endurcissement blanc du tissu cellulaire des nouveaux-nés, les œdèmes rénitents, l'éléphantiasis des Grecs, la cataracte, etc., maladies que M. Roche place avec raison au rang des subinflammations. Cependant n'est-il pas facile de s'apercevoir qu'on pourrait rapporter ces maladies aux irritations nutritives avec autant de raison qu'aux irritations subinflammatoires, et même avec bien plus de raison qu'on a pu en avoir de rapporter à celles-là les loupes, par exemple, les cors, la friabilité des os, etc. ?

Quant à l'irritation *sécrétoire*, qu'est-ce autre chose que l'irritation subinflammatoire elle-même, bornée à une exhalation morbide ou à une supersécrétion de fluides blancs? Et, dès lors, son histoire ne doit-elle pas rentrer dans les irritations des vaisseaux lymphatico-sécréteurs, exhalants et absorbants, c'est-à-dire dans l'histoire de la subinflammation elle-même? Nous croyons qu'il importe, dans l'état actuel de la science, non pas de diviser, mais plutôt de rapprocher entre elles toutes les nuances d'affections lymphatiques et sécrétoires, afin d'avoir, le plus possible, des données ou des points de rapport et de com-

(1) On sait que les loupes sont formées d'un kiste ou d'une espèce de membrane pourvue de vaisseaux exhalants et secréteurs, et de l'accumulation d'une humeur tantôt liquide et jaunâtre (méliceris), tantôt épaisse et graisseuse (lipome et stéatome). Évidemment il n'y a pas là irritation nutritive, dans le sens qu'on peut physiologiquement attacher à cette dénomination. Peut-on dire qu'il y ait irritation nutritive dans les cors? Enlevez la croûte inorganique qui les constitue, examinez avec soin le derme rouge et lisse qui est au-dessous, vous verrez suinter par les pores mis à découvert une humeur séro-albumineuse très apparente; une partie de cette humeur s'évapore et l'autre se concrète par la chaleur et la compression, et ce sont les couches juxtaposées de cette concrétion qui forment le cor, dont l'épaisseur et la dureté causent ensuite beaucoup de gêne et de douleur. Quant aux anévrismes, ou bien ils ne constituent pas un état morbide, et le grand volume du cœur par exemple, peut être comparé au développement des muscles du bras chez les garçons boulangers, et de la jambe chez les danseurs; ou bien le cœur est altéré dans la disposition symétrique de ses parties, dans ses orifices, qui se trouvent rétractés ou obstrués d'une manière quelconque, ou bien il y a rup-

paraison, qui nous aident à saisir leurs caractères et à faire avancer leur histoire encore si incomplète.

Quoique nous soyons d'avis de réunir ou au moins de rapprocher entre elles les irritations sécrétoire et subinflammatoire, nous conviendrons pourtant qu'on est presque aussi fondé à les traiter séparément que nous l'avons été nous-même à séparer les hémorrhagies intermittentes des inflammations périodiques ; car, dans l'idée que nous nous formons de l'irritation exhalante ou sécrétoire, il y a entre elle et la subinflammation proprement dite, à peu près les mêmes rapports et les mêmes différences qu'on observe entre l'hémorrhagie et l'inflammation : la première nous paraît être à l'égard du système blanc ce qu'est la seconde pour le système sanguin ; la diapédèse, la ménorrhagie, par exemple, sont des irritations sécrétoires rouges de la peau et de la muqueuse utéro-vaginale, comme la sueur morbide et la leucorrhée sont des irritations sécrétoires blanches de ces mêmes membranes. Mais il y a beaucoup de cas de sécrétion et d'exhalation morbides du système blanc, dans lesquels l'épithète subinflammatoire rend beaucoup mieux l'idée qu'on doit se former de la maladie dont il s'agit, parce qu'il y a irritation à la fois des vaisseaux exhalants, des glandes ou follicules muqueux, comme dans les affections appelées ophthalmorrhée, bronchorrhée, diarrhée, blennorrhée, etc. Dans tous ces cas, il y a vraiment irritation subinflammatoire ; et c'est le terme générique qui, jusqu'à ce jour, nous a paru convenir le mieux pour embrasser, sous la même dénomination un mode de souffrance et de lésion de

ture de quelques portions; dans ces divers cas, il s'agit plutôt d'un vice de conformation ou d'une désorganisation que d'une irritation nutritive ; et dans tous les cas possibles, la lésion du cœur qui constitue l'anévrisme nous paraît constituer plutôt une nuance d'irritation inflammatoire, qu'une nuance d'irritation des vaisseaux blancs ou nutritifs.

Il ne reste plus que le rachitis et la friabilité des os ; or, peut-on dire que ces maladies constituent une irritation nutritive? non ; puisque, dans ce dernier cas, les os, bien loin d'augmenter de volume, deviennent au contraire sensiblement plus petits; ils perdent plus en fluides et en tissu cellulaire, qu'ils ne gagnent en phosphate calcaire; c'est l'inverse qui a lieu dans le rachitis ; ce sont les fluides et le tissu cellulaire dont la surabondance nuit à la sécrétion du phosphate calcaire; et ce sont constamment les individus dont le systéme blanc est plus développé et plus irritable que le système rouge qui présentent cette maladie ; pourquoi donc la séparer des affections de ce système? d'ailleurs n'est-il pas reconnu par les physiologistes, que tout ce qui est du domaine de la nutrition dans l'état de santé, rentre dans les fonctions du système lymphatique, sécréteur, exhalant et absorbant? pourquoi n'en serait-il pas de même dans l'état pathologique?

même nature, bien qu'il diffère infiniment par son siége, par l'abondance, la couleur, la consistance des humeurs sécrétées et portées au dehors. Si l'on est autorisé à séparer les hyperdiacrisies des subinflammations par quelques uns des motifs qui ont fait détacher les hémorrhagies des inflammations, nous croyons que, dans l'état actuel de la science, cette séparation est plutôt nuisible qu'utile, parce que l'histoire de la subinflammation n'est pas assez avancée et assez riche de faits, pour qu'il faille par méthode, pour plus de clarté, ou par tout autre motif raisonnable, en séparer l'irritation des vaisseaux lymphatiques, caractérisée spécialement par une sécrétion ou exhalation surabondante de fluides blancs; et parce qu'en laissant réunies et comme groupées dans un même tableau toutes les diverses affections du système lymphatico-glandulaire, exhalant, sécréteur et absorbant, les différents rapports qu'elles peuvent avoir entre elles seront mieux saisis et appréciés; on en distinguera mieux le siége et la nature à travers ces nuances de formes et de couleurs si variées et parfois si dissemblables en apparence.

Diagnostic. — Depuis que la physiologie, éclairée soit par les progrès de l'anatomie pathologique, soit par des expériences multipliées avec adresse sur les animaux et plus ou moins directement sur l'homme, eut cessé enfin d'être le roman de la médecine, pour en devenir le guide et le flambeau; dès lors, elle a dû nous faire mieux connaître, nous faire apprécier le rôle important et varié que joue le système lymphatique dans l'état de santé, rôle qui commence avec l'impulsion de vie donnée à chaque nouvel être au moment de la conception, jusqu'à la perturbation qui en cause la mort; partout et toujours on voit les vaisseaux blancs, sécréteurs, nourriciers, exhalants, absorbants, obéir aux lois vitales qui les appellent, tantôt à former, à modifier nos tissus; tantôt à abreuver, à lubrifier, à nourrir nos organes; tantôt, à élaguer, à transporter, à échanger, à attirer au dedans ou à rejeter au dehors; en un mot, à expulser, à créer sans cesse des fluides divers, ou bien à modifier ceux qui existent dans notre corps pour les faire servir au besoin de l'économie et à toutes les opérations de l'organisme. Nul doute, par conséquent, que le système lymphatico-exhalant et absorbant n'ait sa part dans les maladies qui troublent, suspendent et pervertissent ces opérations. Nul doute qu'il ne puisse être affecté primitivement et isolément, dans les cas où les causes irritantes

vont agir spécialement sur certaines parties du corps où l'entrelacement des vaisseaux blancs l'emporte sur celui des capillaires rouges, surtout chez les individus d'un tempérament lymphatique. Quand nous parlons d'une affection isolée ou spéciale du système sécréteur et absorbant, nous ne voulons pas dire que les capillaires sanguins, que le système nerveux n'y prennent point de part ; tout comme il serait déraisonnable de penser que, dans une inflammation quelconque, le système absorbant ne joue aucun rôle. Il n'y a pas la plus petite opération saine ou morbide de la nature qui ne soit mixte ; pas une où les systèmes nerveux, sanguin, lymphatico-absorbant, n'aient une part plus ou moins active. Ce n'est pas à dire pour cela que cette part soit égale ; ce n'est pas à dire qu'une maladie quelconque, en se développant, fasse arriver au même degré d'irritation morbide les trois systèmes dont il s'agit. Le contraire a presque toujours lieu. Et, à mesure qu'une maladie prend la teinte et la forme qui lui sont propres, l'action organique devient tellement prédominante dans tel ou tel système, qu'on peut à bon droit lui donner le nom de ce système, puisque c'est sur lui que l'anatomie pathologique nous démontre la lésion principale ; puisque c'est à lui que s'adressent nos moyens thérapeutiques, pour prévenir des accidents et amener la guérison. Une irritation, qui devient réellement inflammatoire, cesse-t-elle entièrement d'être nerveuse et sécrétoire, puisque c'est au moyen d'un surcroît des vaisseaux blancs, sécréteurs et absorbants, que la congestion inflammatoire se termine d'une manière quelconque ? de même, l'irritation ne devient-elle pas véritablement sécrétoire ou lymphatique, sans cesser entièrement d'être sanguine, puisque ce sont les capillaires sanguins qui fournissent tous les matériaux des produits de la subinflammation, des hyperdiacrisies, de toutes les exhalations et sécrétions morbides ? Et, dans tous les cas, l'irritation n'est-elle pas encore nerveuse, puisque c'est au moyen des nerfs que la stimulation est ressentie ; puisque c'est par eux qu'il y a appel, soit de fluides rouges, soit de fluides blancs, et qu'ils se trouvent arrangés, ces fluides, de manière à former tantôt une inflammation, tantôt une hémorrhagie, tantôt une subinflammation, une hyperdiacrisie, etc. Ce n'est guère que dans les tableaux de certains nosologistes que les maladies se présentent toujours, et de prime abord, avec des formes si originales, et si bien dessinées, avec des couleurs si

saillantes et si tranchées, que le diagnostic semble sauter à tous les yeux! Malheureusement il n'en est point ainsi dans la nature. L'observation et la pratique ne tardent point à désabuser chacun de nous à cet égard.

Le type intermittent proprement dit est assez rare dans les maladies du système lymphatique; nous verrons pourtant que des sueurs et d'autres sécrétions morbides ont présenté des types quotidien et tierce bien tranchés; mais le type par excellence des subinflammations en général, celui qui s'adapte le mieux au caractère de lenteur et de chronicité qui leur est propre, et le seul même que paraissent adopter quelques unes de ces affections, c'est le type rémittent; ce type paraît être aussi familier à certains phlegmons blancs par exemple, que le type continu au phlegmon sanguin. C'est du moins ce qui résulte de l'observation des praticiens placés dans une position à voir souvent des maladies du système absorbant-lymphatique : les tableaux que nous ont tracés de certaines affections lymphatico-phlegmoneuses, appelées *éléphantiasis*, les docteurs Hillery et Hendy, les descriptions faites par Kœmpfer de l'*andrum*, et du *pérical*, ne laissent aucun doute sur leur caractère rémittent. Ce n'est point à des intervalles très rapprochés qu'apparaissent les redoublements périodiques de ces subinflammations; ce ne sont point des paroxysmes quotidiens, tierces et quartes, que présentent ces affections, mais ce sont des exacerbations septénaires, octanes, quindécimanes, et plus souvent mensuelles qu'elles éprouvent ordinairement. Le type mensuel paraît être, en quelque sorte, le seul adopté par certains engorgements blancs du tissu cellulaire, et des glandes, comme le *pérical*, le sclérome, quelquefois le goître, la pellagre, etc. Ce n'est pas seulement dans les lieux où l'éléphantiasis des Arabes, où les dartres léontine et éléphantiasique sont endémiques comme dans l'île de Barbade, que ces affections subinflammatoires reviennent par accès, ou plutôt présentent des exacerbations tantôt régulières, tantôt irrégulières; ces maladies conservent encore leur type rémittent dans nos contrées d'Europe où l'on a eu occasion de les rencontrer, comme le prouvent, en Italie et en Espagne, les exemples assez fréquents de certaines dartres squameuses et phlycténoïdes très graves, et qui ont beaucoup d'analogie avec les affections précédentes, et comme l'attestent également les exemples de lèpre et d'éléphantiasis observés par

MM. Valentin et Alard. Ce dernier praticien non seulement reconnaît que les affections du système lymphatico-absorbant présentent souvent le type rémittent et intermittent, ou des exacerbations périodiques ; mais encore, selon lui, toutes les fièvres larvées et intermittentes sont *dues à une surexcitation morbifique, à des mouvements désordonnés des vaisseaux absorbants lymphatiques* (1).

C'est une chose remarquable, et à laquelle on ne fait point assez attention, que ce caractère à la fois endémique et rémittent de la plupart des affections où domine le système lymphatique; il n'est pas rare de voir des engorgements glanduleux s'affaiblir considérablement, et même disparaître presque entièrement pendant certaines époques : Heister et Alscher ont observé des enflures périodiques mensuelles et annuelles des glandes du cou et de l'aine. Nous avons vu le goître, endémique dans quelques vallées de la Savoie, présenter des redoublements bien sensibles et tout-à-fait réguliers sur de jeunes paysannes de dix-huit, vingt et vingt-cinq ans. Chez elles un développement plus considérable de la glande thyroïde paraissait être lié au surcroît d'activité de cette fonction utérine qui constitue l'écoulement menstruel; car, chaque mois, à l'époque où cet écoulement chez les personnes nubiles avait coutume d'avoir lieu, ou lorsqu'il était prêt, chez la jeune fille, à faire irruption pour la première fois, nous avons vu le cou de toutes ces personnes devenir plus volumineux, gêner leur respiration et leur causer des étouffements assez sensibles, parfois des étourdissements joints à des bouffées de chaleur à la face; dans tous ces cas la glande thyroïde était d'un tiers plus volumineuse, plus rénitente, pendant cinq ou six jours; puis elle revenait à peu près à son état habituel, après cet intervalle de temps. Cependant il n'est point rare que l'accroissement du goître aille en augmentant d'une manière sensible avec le nombre des exacerbations périodiques lunaires ou menstruelles ; mais la fille qui devient mère n'est plus guère sujette aux redoublements glanduleux intermittents dont il s'agit; et le goître presque toujours devient stationnaire; souvent même il diminue très sensiblement chez les femmes qui nourrissent plusieurs enfants de suite (2).

(1) *Du siége et de la nature des maladies*. Paris, 1821.

(2) Dans une topographie médicale de la Savoie, pour laquelle nous avons

Le siége à part, il nous semble qu'il y a beaucoup d'analogie entre certains goîtres et l'andrum; ce dernier paraît se comporter à l'égard du scrotum et des glandes séminales comme ceux-là pour la glande thyroïde et le lacis de tissu cellulaire, de ganglions et de vaisseaux lymphatiques qui l'entourent. Il s'y forme quelquefois, comme dans celui des bourses, un amas de sérosité ou des kystes remplis de matières diverses. Le goître et l'andrum sont également endémiques dans certains pays; on leur assigne à peu près les mêmes causes, puisque c'est à la mauvaise qualité des eaux et aux courants d'air froid de certaines vallées qu'on attribue en général leur développement commun. Comme pour le goître, il suffit de l'émigration ou du changement de pays pour faciliter la disparition de l'andrum et même pour l'empêcher de revenir.

L'affection périodique du testicule observée par Louis-Daniel, et dont nous rapportons l'observation sous le nº 111, présente aussi beaucoup de ressemblance avec celle décrite par Kœmpfer. C'est presque toujours dans les glandes et dans les parties du corps où abondent les vaisseaux absorbants et les ganglions lymphatiques, comme au cou, aux aines, aux aisselles, sur la face interne des membres, qu'on observe la plupart des subinflammations externes. C'est au cou que se développait périodiquement tous les mois l'enflure ou l'engorgement lymphatique observé par Charles Pison chez une dame de qualité. C'est ordinairement à l'aine ou aux environs des glandes inguinales que commence la maladie de Barbade, puis elle descend le long de la partie interne de la cuisse et sur le trajet des vaisseaux lymphatiques. Si la peau et le tissu cellulaire sous-jacent deviennent le siége de maladies si variées par leurs formes, si différentes par leur nature, n'est-ce pas à cause des fonctions très compliquées dont est chargé le système cutané et de cette quantité innombrable de capillaires sanguins, de nerfs, de vaisseaux exhalants, sécréteurs, absorbants, de bulles, de papilles, de follicules, de glandes qui entrent dans sa composition ou qui l'environnent? N'est-ce pas la grande irritabilité de ces vaisseaux, le surcroît d'action de ces follicules, de ces glandes, etc., qui, provoqués et augmentés sous certaines lati-

déjà recueilli des matériaux, nous ferons nos efforts pour rechercher tous les détails des faits qui pourraient contribuer à jeter quelque peu de lumières sur l'étiologie du goître, du crétinisme et des fièvres intermittentes.

tudes et par différentes causes locales, y rendent endémiques les maladies dont nous venons de parler ?

Causes. — Les causes des affections intermittentes et rémittentes subinflammatoires sont en grande partie celles des fièvres intermittentes ordinaires, surtout des rémittentes muqueuses : telles que l'air humide et froid de certaines vallées, les variations fréquentes de la constitution atmosphérique, surtout les contrastes du froid et de l'humidité de la nuit avec la chaleur et la sécheresse du jour ; la disposition malsaine de certaines habitations placées au nord-ouest et sur un sol humide ou dont les murs s'imprègnent facilement d'humidité ; puis la mauvaise qualité des eaux et des légumes, la malpropreté, les affections morales tristes, l'exercice de certains états, la suppression de quelque émonctoire habituel, enfin toutes les causes qu'on sait être les plus actives dans le développement de l'œdème, des scrofules, des dartres, de la teigne, etc., particulièrement chez les personnes d'un tempérament lymphatique, chez les femmes et les enfants. Le docteur Hendy signale comme causes principales de la maladie glanduleuse de Barbade un climat chaud avec une sécheresse particulière pendant la plus grande partie de l'année; puis l'exposition à des courants d'air froid, ou bien à la fraîcheur des nuits et à la morsure d'un petit insecte très multiplié et très incommode appelé en anglais *chigoes.* « Je regarde comme un fait certain, dit M. Portal, qu'il y a une anasarque périodique provenant du retard des règles, par défaut de transpiration, par suppression des éruptions cutanées, de certaines fièvres, etc. (1). Certaines fluxions, certains engorgements blancs paraissent être la suite de l'accouchement et de la suppression des lochies ; telle est la maladie décrite par M. Boyer, sous le nom d'œdème des nouvelles accouchées. On peut rapprocher de cet œdème le phlegmon diffus de Béclard et de Duncan, et la *phlegmasie alba-dolens* de quelques auteurs. Plusieurs médecins italiens et le professeur Baumes pensent que la plupart des maladies du genre de celle observée sous le n° 110 (dartres phlycténoïdes) sont dues à un *virus suì generis*, qui, après être resté caché plus ou moins long-temps dans le corps, fait explosion et se trouve expulsé au dehors par une espèce de crise qui constitue l'érysipèle phlycténoïde ou la pellagre. C'est,

(1) *Observations sur la nature et le traitement de l'hydropisie*, t. II.

selon ces observateurs, une maladie produite par une *acrimonie* particulière de la lymphe; cependant Frapoli et Albéra regardent l'insolation comme la *seule cause de la pellagre*.

Symptômes. — Les symptômes des irritations intermittentes subinflammatoires externes varient beaucoup suivant les différents cas : tantôt il n'y a qu'une simple exhalation morbide de fluides blancs qui se trouvent versés à la surface du corps sous formes de sueurs excessives, ou qui s'amassent, s'infiltrent dans le tissu cellulaire sous-cutané pour constituer l'œdème, l'anasarque ou des engorgements durs, rénitents et comme squirrheux : « Il y a peu de temps, dit M. Alard, qu'il est mort à l'hospice de l'Ecole de Médecine de Paris une femme qui avait la moitié du corps, y compris le sein, très enflé; elle ne souffrait de cette affection lymphatique que quand des redoublements périodiques venaient exaspérer la sensibilité du côté malade. On voit, sous le n° 99, l'exemple d'un gonflement emphysémateux, observé par M. Portal, qui se renouvelait tous les deux jours au côté gauche du corps chez une jeune femme. Cette espèce d'anasarque, qui revenait avec chaque accès fébrile, disparaissait toujours et complétement avec lui. Tantôt il y a sécrétion d'une matière séreuse, albumineuse, visqueuse, qui soulève l'épiderme pour former des ampoules ou des phlyctènes, qui se concrète facilement au contact de l'air et qui produit des écailles furfuracées ou des croûtes dont la couleur, la forme, la consistance et l'épaisseur varient infiniment, comme dans les observations sous les n°s 100, 101, 105 et 110. Les deux premières nous offrent des dartres furfuracées et volantes, très caractérisées sous les types quintane et septénaire; l'observation sous le n° 105 représente ce qu'on appelle *croûtes laiteuses*, *gourme;* c'est l'eczéma des enfants à la mamelle de quelques auteurs ou une nuance de la teigne furfuracée et porrigineuse du professeur Alibert. La plus remarquable sous tous les rapports est celle que nous devons à M. Rouzzialdo; celle-ci correspond assez exactement à l'érysipèle périodique chronique de Titius, à l'érysipèle phlycténoïde rémittent et intermittent de M. Strambi. Il paraît, d'après cet observateur distingué, qu'en Italie l'affection cutanée dont il s'agit présente assez ordinairement le type rémittent sexti-mensuel, qu'elle revient assez régulièrement tous les cinq ou six mois, au printemps et en automne, tandis que durant l'été et l'hiver les malades en sont presque toujours exempts.

Quelquefois il n'y a de phénomène saillant qu'une tuméfaction rénitente et insensible, comme dans l'engorgement périodique de certaines glandes conglobées ou de certains faisceaux isolés de vaisseaux et de ganglions lymphatiques : exemples cités sous les nos 107, 108 et 111 ; plus souvent il se forme des espèces de cordes noueuses, des inégalités, des bosselures qui se dessinent le long du trajet de ces vaisseaux et de ces ganglions ; quelquefois la peau reste lisse et pâle, tandis que l'engorgement s'établit plus profondément dans le tissu cellulaire sous-cutané, qui se gonfle, s'étend, se durcit, et produit une difformité plus ou moins remarquable dans le membre affecté. Dans certains cas de subinflammations périodiques externes, on observe tous les symptômes d'une phlegmasie cutanée moins la rougeur ; et encore n'est-il pas rare que celle-ci se présente par intervalle, surtout au début et pendant que l'irritation est bornée aux exhalants superficiels ; enfin les caractères spéciaux de l'irritation subinflammatoire rémittente sont la tuméfaction, l'indolence et la coloration blanche ou jaunâtre des tissus affectés, puis la lenteur dans son mode de développement, dans sa marche, et enfin la persistance de l'engorgement après la terminaison des accès ou des redoublements périodiques locaux ; à ceux-ci se joignent assez souvent des phénomènes généraux, sympathiques ou fébriles, tels que le frisson, l'inappétence, la soif, les envies de vomir, un sentiment de fatigue, de faiblesse et de malaise général, la fréquence du pouls, etc.

Nous ne pouvons point ici décrire en particulier toutes les affections qui rentrent dans la classe des subinflammations intermittentes et rémittentes externes; ce sont les faits rapportés qui doivent compléter à cet égard leur histoire. Nous dirons seulement deux mots de l'andrum et du pérical, parce qu'on ne les observe pas dans nos climats d'Europe, et pour suppléer au manque de faits particuliers. L'andrum ou hydrocèle endémique, d'après Kœmpfer, commence par une espèce d'érysipèle qui, tous les mois à la nouvelle lune, se reproduit sur le scrotum où il laisse une tuméfaction qui augmente au point qu'on est obligé, au bout d'un certain temps et pour soulager le malade, d'y pratiquer des ponctions ou des scarifications ; il en sort une matière ténue, quelquefois visqueuse, toujours roussâtre. Cette maladie, incurable pour les indigènes s'ils ne changent pas de pays, n'est point dangereuse ni bien incommode, à moins

que le testicule ne s'affecte et ne devienne squirrheux, ce qui peut arriver.

Le pérical, ou *pied fébricitant,* attaque l'une ou l'autre des deux extrémités inférieures, rarement toutes les deux, et toujours la partie la plus basse. Il se manifeste régulièrement chaque mois sous la forme d'un engorgement blanc et rénitent qui se dissipe au bout de quelques jours, quelquefois sans traces apparentes, plus souvent en laissant un léger gonflement blanc. Celui-ci va en augmentant, de telle sorte qu'avec le temps et par la récidive mensuelle des congestions de fluides blancs, le membre devient d'un volume double, triple, quadruple, et même beaucoup plus considérable. Cet engorgement est inégal, raboteux, dur et d'un aspect squirrheux. A chaque redoublement périodique la tumeur s'étend de plus en plus, soit du côté des orteils, soit du côté de la jambe; mais de celui-ci elle monte rarement sur le mollet, et jamais n'atteint le genou. Quoique dur, d'un aspect brunâtre et difforme, cet engorgement ne tombe jamais en gangrène; il n'est ni dangereux, ni bien gênant, puisqu'il n'empêche pas les individus qui en sont atteints de porter de lourds fardeaux, et de grimper avec agilité sur les palmiers les plus élevés. Il n'est douloureux qu'à l'époque du redoublement périodique mensuel. Dans ces deux affections, comme dans l'éléphantiasis, la santé générale n'est point dérangée dans les intervalles des accès ou des exacerbations subinflammatoires.

Ici se présente la même difficulté de diagnostic que nous avons rencontrée dans plusieurs phlegmasies intermittentes externes. En effet, les redoublements périodiques de l'éléphantiasis, de la dartre phlycténoïde et autres, sont assez souvent accompagnés de symptômes fébriles et gastriques très prononcés; ils sont même quelquefois portés si loin qu'on ne peut guère douter de la lésion concomitante ou primitive de la muqueuse digestive. Ce sont ces cas sans doute qui en ont tellement imposé aux premiers médecins qui observèrent la maladie glanduleuse de Barbade, qu'ils la regardèrent comme une *fièvre intermittente essentielle, compliquée d'engorgement externe.* « Quelle était leur erreur! dit M. Alard; il est vrai que tout servait à leur en imposer : et le frisson intense qui précédait, et la chaleur, et la soif, et les sueurs qui venaient ensuite, et les pyrexies qui suivaient, tout concourait à les aveugler. N'ayant pas la connaissance du système absorbant, il était naturel qu'ils fissent peu

attention aux symptômes locaux, et qu'ils prissent la tuméfaction qui en résultait pour une stase critique (1). »

Il en est de même à cet égard de toutes les affections du système blanc, sécréteur ou lymphatico-absorbant, chaque fois qu'elles sont très intenses. C'est ainsi que l'affection observée par M. Rouzzialdo, en Espagne, correspond parfaitement à la maladie endémique dans certaines contrées d'Italie, et connue sous les noms d'érysipèle phlycténoïde, de pellagre, d'érysipèle périodique chronique, etc. Dans tous ces cas, il n'y a pas seulement lésion des vaisseaux exhalants et sécréteurs de la peau, des papilles, des follicules de cette membrane, il y a encore une lésion bien manifeste de la muqueuse digestive, d'où résultent des phénomènes généraux et fébriles plus ou moins remarquables. Il peut même arriver que l'affection du système blanc ne soit qu'accessoire, consécutive, et dépendante d'une maladie plus grave, ayant son siége le plus souvent dans l'estomac, mais quelquefois aussi dans les poumons, dans le cerveau, comme dans l'observation rapportée sous le n° 99. Il n'y a pas de doute dans ce cas que l'emphysème ne soit essentiellement lié aux accès d'apoplexie séreuse, sous type tierce.

Il n'est donc pas étonnant qu'en pareilles circonstances il n'y ait quelquefois erreur dans le diagnostic, et qu'on ne se méprenne non seulement touchant l'affection viscérale, mais encore sur le véritable caractère de l'affection cutanée. C'est ainsi qu'on a pris pour un érysipèle fébrile ou pour une *fièvre érysipélateuse essentielle*, la maladie décrite sous ce nom par Sennert et Hoffmann, et qui présente la plus grande analogie avec l'irritation des vaisseaux absorbants et sécréteurs cutanés dont il s'agit. Comme celle-ci, l'érysipèle d'Hoffmann était sujet à des retours périodiques ; il revenait chaque année régulièrement à la même époque, souvent deux fois l'an, aux équinoxes du printemps et de l'automne ; plus souvent encore, c'était chaque mois qu'il reparaissait. Dans l'une et l'autre maladie, l'irritation subinflammatoire débute par le frisson ; elle est marquée par des symptômes locaux et généraux semblables. Produite dans les deux cas par les mêmes causes, elle est également endémique dans certains lieux et occupe le même siége. En un mot, tout porte à croire que c'était la même affection observée sous des

(1) *Ouvrage cité.*

climats différents. De l'un des malades atteints d'affection glanduleuse dont M. Alard rapporte l'histoire, Ketwig attribue sa maladie à une affection érysipélateuse intermittente, qui lui revint à différentes reprises sur les pieds, sur les jambes, et qui se propagea jusqu'aux bourses.

Quand des maladies, quelque différentes qu'elles soient par leur nature, occupent le même siége, attaquent les mêmes tissus, il est bien difficile de ne pas les confondre entre elles à leur début, et dans les cas où les symptômes caractéristiques des unes et des autres ne sont pas très développés. Dans nos climats, rien de si facile, par exemple, que de confondre certaines dartres avec l'érysipèle; les capillaires sanguins et les vaisseaux lymphatico-exhalants, sécréteurs et absorbants, sont tellement enlacés et confondus entre eux dans l'état normal, qu'il faut parfois un certain temps à la maladie pour se dessiner, pour faire prédominer, soit la lésion du système capillaire rouge, soit la lésion des vaisseaux blancs, et donner à cette affection locale sa couleur propre et caractéristique. D'ailleurs, la même irritation qui n'attaque d'abord que la superficie du tissu cutané, et se montre sous la forme d'un érysipèle, ne peut-elle pas, en se renouvelant, gagner le tissu réticulaire, et envahir tout le système lymphatico-glandulaire, exhalant et sécréteur, de manière à constituer différentes espèces de dartres, de lèpres, d'éléphantiasis, etc.?

Traitement. — L'empirisme a essayé et préconisé tour à tour un grand nombre de remèdes contre les affections du système lymphatique; les préparations sulfureuses et mercurielles, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur, sont celles qui paraissent avoir obtenu la vogue la plus soutenue et la plus méritée. Depuis qu'on connaît mieux la nature des maladies, depuis qu'on étudie plus attentivement le mode d'action et l'effet des remèdes empiriques qu'on leur oppose, beaucoup de doutes n'ont pu manquer de survenir contre la prétendue efficacité de tel ou tel médicament dans la guérison des maladies dont il s'agit. Comme il n'y a plus guère de maladies spéciales et *suî generis*, les remèdes *spécifiques* sont également jugés et pris pour ce qu'ils valent, c'est-à-dire réduits à leur juste valeur.

Quoiqu'on ait observé un assez grand nombre d'affections lymphatiques et sécrétoires avec le type rémittent et intermittent, ou qui présentaient une périodicité bien marquée dans leurs re-

tours et leurs exacerbations, cependant on a peu employé contre elles les préparations de quinquina, soit parce qu'elles n'ont pas présenté nettement les symptômes de la fièvre intermittente contre laquelle seule on avait coutume d'administrer ce médicament, soit parce que leurs accès ont eu lieu le plus souvent à des intervalles de temps beaucoup plus éloignés les uns des autres que ceux des fièvres intermittentes en général. Quoi qu'il en soit, il nous semble qu'on eût pu et qu'on pourrait très bien faire usage du quinquina ou du sulfate de quinine, dans plusieurs cas où l'on a pour but de produire une sorte de révulsion ou d'ébranlement capable de rompre la périodicité, de prévenir les accès ou les redoublements subinflammatoires, comme on le pratique assez généralement pour guérir les inflammations périodiques. C'est ainsi que Storck, Senac et M. Roche l'ont employé avec succès dans les cas d'irritations lymphatico-sécrétoires quotidiennes que nous rapportons sous les n°s 93, 94 et 96; affections que d'autres médecins n'auraient pas manqué de traiter par les purgatifs. M. Déchamps a eu recours au sulfate de quinine avec non moins de succès dans l'observation sous le n° 105. Nous avons essayé l'administration du quinquina contre l'espèce de dartre à type quintane dont nous rapportons l'histoire sous le n° 100. Ce moyen a paru contribuer plus que tous les autres à la guérison de la malade. Nul doute qu'on ne tire un plus grand parti de l'usage du sulfate de quinine contre les maladies dont il s'agit, quand on s'habituera à tenir un compte plus exact de leurs redoublements périodiques. Du reste il est probable que ce n'est pas sans raison que les évacuants sont réputés utiles et efficaces dans bien des cas dont il s'agit, parce qu'il y a peu de voies plus favorables à une prompte et active diversion aux affections cutanées quelles qu'elles soient. Toutefois, il y a bien des précautions à prendre pour que l'usage des purgatifs ne devienne pas abusif et pernicieux. Hendy, qui ne connaissait pas la gastroentérite comme on la connaît aujourd'hui, Hendy ne laisse pas que de donner des conseils très sages dans l'emploi des évacuants contre la maladie glanduleuse de Barbade; il reconnaît très bien qu'il faut attendre que la période d'exacerbation de l'affection lymphatique externe soit terminée avant d'avoir recours aux moyens dont il s'agit, à cause des phénomènes sympathiques de soif, d'inappétence, de dégoût, etc., qui l'accompagnent presque toujours; aussi ce praticien a-t-il reconnu qu'administrés

pendant l'époque des exacerbations périodiques, les évacuants étaient plus nuisibles qu'utiles.

Les moyens de révulsion destinés à augmenter la sécrétion des urines, ceux qui, en excitant la muqueuse digestive, portent en même temps leur action à la peau et qu'on nomme stimulants diffusibles, comme les préparations de soufre, d'antimoine, d'iode, les acétates et nitrates de potasse, les iodures de potassium, etc., puis la salsepareille, la saponaire, la scille, la digitale, etc., peuvent être également utiles, employés avec méthode et surtout avec une grande précaution; car leur action est en général bien plus redoutable pour les organes digestifs que celle des médicaments qui provoquent des évacuations alvines plus ou moins abondantes. Dans le cas de subinflammation relaté sous le n° 112, nous voyons que M. Destouches employa avec succès les frictions mercurielles et le muriate d'or dans un sirop de salsepareille, quelquefois dans une décoction de douce-amère.

Les moyens stimulants et révulsifs externes sont les frictions sèches ou avec des liniments, des baumes, des teintures, des pommades soufrées, mercurielles, hydriodatées, etc., puis l'insolation, les vésicatoires, les cautères; quelquefois l'usage de certaines eaux minérales en boisson, en bain et en douche. Contre l'éléphantiasis, l'andrum, le pérical et même le goître, il faut encore employer plusieurs sortes de bandages, et une espèce de compression manuelle ou de massage graduellement et méthodiquement appliquée sur les parties engorgées.

Les remèdes appliqués à l'extérieur étaient autrefois puisés exclusivement dans la classe des toniques, des stimulants, et par une raison toute simple, c'est qu'on attribuait à la faiblesse et qu'on caractérisait d'asthénique toute maladie où l'on n'apercevait pas de la rougeur, et dans laquelle on observait une certaine lenteur dans le développement et la marche de ses symptômes constituants. C'est la doctrine physiologique qui a dissipé les préjugés qui existaient à cet égard, et fait cesser une routine aveugle et souvent préjudiciable sinon par elle-même, du moins en empêchant d'avoir recours à des moyens plus efficaces. Aujourd'hui l'on poursuit avec succès les engorgements lymphatiques externes par les saignées locales, par les ventouses scarifiées, et surtout par des applications réitérées de sangsues. Le succès qu'en obtient depuis long-temps M. Broussais contre la plupart des subinflammations ne laisse plus de doute sur l'effi-

cacité de ce moyen. Ce n'est pas seulement en France que les principes de la doctrine physiologique ont obtenu une heureuse application au traitement des maladies dont il s'agit, mais encore dans l'Amérique septentrionale, en Angleterre, et surtout en Italie. Le professeur Paletta, de Milan, a traité avec succès par les sangsues un grand nombre d'enfants atteints d'endurcissement blanc du tissu cellulaire. Nous voyons dans l'observation recueillie en Espagne par M. Rouzzialdo, et rapportée sous le nº 110, que c'est l'application des sangsues qui a procuré le plus de soulagement à la malade. Il est probable que si les Italiens y avaient plus souvent recours dès le début de l'érysipèle phlycténoïde, ou de la pellagre, il est probable, dis-je, que cette maladie ferait moins de ravages, surtout si l'on avait soin d'appliquer alternativement un petit nombre de sangsues dans les endroits de la peau les plus affectés et sur la région épigastrique, à cause de l'irritation concomitante et quelquefois même primitive de la muqueuse digestive. Car si l'érysipèle périodique, blanc ou muqueux, dont il s'agit, est si souvent funeste, n'est-ce point, en grande partie, parce que dans l'emploi des moyens empiriques et presque toujours stimulants qu'on lui oppose, l'on ne fait que peu ou point attention à l'état des organes digestifs?

Il nous semble qu'on ne devrait plus douter aujourd'hui des grands avantages qu'on peut retirer contre les affections du système blanc, cutané, ou autres, des moyens diététiques et antiphlogistiques. C'est quelquefois en produisant une espèce de disette locale de fluides qu'on rétablit l'équilibre en donnant de l'activité aux vaisseaux absorbants. Quand il y a des phénomènes de tension et de douleur, les bains, les fomentations, les cataplasmes émollients peuvent convenir. On ne peut plus guère douter de l'efficacité contre beaucoup d'affections subinflammatoires de la méthode antiphlogistique non seulement locale et externe, mais encore générale et interne; c'est-à-dire que bien souvent on prescrit le régime, les boissons délayantes et la diète, dans des cas où l'on recommandait autrefois les vins chauds et très alcooliques, la décoction de quinquina, les viandes noires rôties, beaucoup d'extraits et d'élixirs très irritants. Mais en supposant que les moyens stimulants et toniques eussent un égal succès (ce qui n'est pas vrai), n'est-il pas bien reconnu que les moyens diététiques et antiphlogistiques ont encore sur ceux-là l'avantage d'être mieux rencontrés partout, d'être plus faculta-

tifs à chacun, et surtout d'être moins sujets à de graves et irréparables abus.

OBSERVATIONS QUI PROUVENT L'EXISTENCE DES IRRITATIONS SUBINFLAMMATOIRES PÉRIODIQUES EXTERNES.

Anasarque avec type quotidien.

N° 93. Storck rapporte qu'il a eu dans son hôpital des malades qui é prouvaient tous les jours, à une heure fixe, un sentiment de démangeaison par tous les membres, ensuite il leur survenait des douleurs tensives et déchirantes; enfin il se développait sous la peau un gonflement œdémateux qui en rendait la surface blanche et molle. Les malades éprouvaient alors une grande anxiété dans la poitrine, une soif vive ; leur pouls était petit, inégal, intermittent. On apercevait encore, durant le paroxysme, une sorte de délire inquiet et un mouvement continuel des membres. Ces accès duraient le plus souvent cinq à six heures, ensuite les malades se livraient spontanément au sommeil ; ils étaient inondés de sueurs abondantes, après quoi la tuméfaction dont nous avons parlé disparaissait de nouveau complétement. Après leur sommeil les malades se trouvaient comme dans l'état naturel, excepté que leur pouls était lent, petit; qu'ils étaient faibles et sans appétit.

Storck eut recours dans ces circonstances à des infusions de plantes amères, telles que d'absinthe, de centaurée, etc., dont il retira beaucoup d'avantages, et qui lui suffirent le plus souvent pour obtenir la guérison de ses malades ; chez quelques uns cependant, dont les forces s'étaient épuisées après un petit nombre d'accès, il fit usage du quinquina, qui eut des effets si prompts et si efficaces, qu'il fit non seulement disparaître la fièvre et tout gonflement œdémateux, mais qu'il rendit encore très promptement aux malades et leur santé et leurs forces. (*Annus medicus secundus*, p. 168.)

M. Delabigne-Villeneuve dit, dans sa thèse soutenue au mois de mai 1806, qu'il a eu occasion d'observer un exemple d'anasarque périodique ; malheureusement ce médecin ne donne pas de détails qui nous permettent de le comparer avec celui que nous venons de rapporter.

Stoll a vu un cocher qui présentait une espèce d'engorgement œdémateux tantôt sur le scrotum, tantôt le long du cou ou sur le devant de la poitrine. Cette tumeur paraissait subitement, elle avait une forme arrondie bien pleine, comme si elle eût, dit-il, contenu de l'air et de l'eau. Elle disparaissait bientôt après, lorsqu'il survenait des sueurs. (*Médecine pratique*, t. III.)

Sueurs morbides quotidiennes.

N° 94. Piquer a observé un malade qui éprouvait tous les jours, à six heures du soir, une sueur abondante qui durait jusqu'au lendemain matin; pendant tout le temps de l'accès, le pouls conservait son état naturel ; mais le malade était plongé dans un grand abattement, et il paraissait comme évanoui. Durant l'intermission, il était bien et ne ressentait qu'un peu de fatigue. Cette affection se reproduisit régulièrement pendant plusieurs jours, jusqu'à ce qu'on lui opposât le quinquina, qui la fit disparaître sans retour.
(*Traité des fièvres*, p. 402.)

Schuster a vu une grande sueur récidiver tous les jours chez un marchand; elle se manifestait à l'entrée de la nuit, et tenait pendant quatre heures le malade dans une anxiété pénible, et puis disparaissait. (*Obs. thérapeut.*)

Senac parle aussi d'une sueur qui revenait tous les jours régulièrement et sans autres symptômes remarquables. (*De recond. feb. intermitt. nat.*)

Autre sueur morbide avec type quotidien et tierce.

N° 95. Une femme, âgée de quarante-cinq ans, tomba tout-à-coup dans une suppression totale des selles et des urines. On appela un chirurgien qui prescrivit une tisane diurétique et un lavement purgatif; l'un et l'autre remèdes furent sans effet. Le lendemain, le chirurgien fit prendre à la malade une purgation un peu forte; cette purgation ne seconda point ses vues; la malade sua sans autre évacuation; on répéta encore et le lavement et le purgatif, en augmentant la dose des ingrédients, mais tout fut inutile; ces remèdes ne firent que provoquer des sueurs abondantes. Le chirurgien déconcerté, abandonna la malade à la nature. Nous avons vu, dit le docteur Gignoux, qui rapporte cette observation, cette femme rester sept ans dans son lit, sans fièvre, sans douleur, et pour ainsi dire sans maladie; elle n'évacua jamais rien pendant ce temps-là, ni par les urines, ni par les selles; mais la nature, toujours attentive aux besoins du corps, suppléa au défaut de ces excrétions, par des sueurs très copieuses et d'une fétidité insupportable. Ces sueurs n'étaient point continues, mais revenaient tous les jours et quelques fois tous les deux jours régulièrement; elles duraient deux ou trois heures, ruisselaient en général de toutes les parties du corps, sous la forme de grosses gouttes. Dès que la malade sentait l'instant des sueurs s'approcher, elle quittait son lit pour ne pas le salir, et se jetait sur une botte de paille préparée à cet effet. Cette femme buvait et mangeait avec appétit; elle engraissa, son visage devint frais et vermeil; la faiblesse seule la retenait au lit. Enfin, contre toute attente, les couloirs de l'urine et des selles s'ouvrirent d'eux-mêmes dans la septième année; les sueurs cessèrent, et la malade guérit. Elle a vécu, depuis lors, six à sept ans en bonne santé, elle est morte d'une maladie qui n'avait nul rapport avec son incommodité passée. (*Journ. de méd.*, t. X, an 1759.)

Autre irritation sécrétoire, ou sueur morbide quotidienne.

N° 96. Un plombier se réveillait tous les matins inondé de sueurs, à tel point que sa chemise et ses draps étaient comme si on les eût trempés dans l'eau, et que son matelas était traversé. La langue était pâle, le pouls calme, la chaleur de la peau à peine augmentée pendant la sueur, l'appétit était conservé, et les seuls symptômes que le malade éprouvât consistaient dans une soif assez vive à son réveil, et une sorte de *desséchement* de la poitrine; c'est ainsi du moins qu'il exprimait ce dernier symptôme. L'usage du sulfate de quinine fit cesser cet état; mais les sueurs reparurent quelques jours après qu'on en eut discontinué l'emploi; une nouvelle dose les fit disparaître de nouveau; elles ont recommencé une troisième fois, et ont été combattues efficacement, dans une maison de santé, par la décoction de quinquina. Enfin après une quatrième rechute, guérie comme les précédentes, le malade a renoncé, d'après notre avis, à son état de plombier, et n'a plus rien éprouvé depuis lors. (Roche, *ouvrage cité.*)

Eléphantiasis avec des exacerbations quotidiennes, sextimensuelles, puis encore quotidiennes tierces et quartes.

N° 97. Madame Bastien, de Paris, âgée de quarante-quatre ans, d'une bonne constitution, perdit son mari à trente-cinq ans et à l'époque de ses règles qui furent supprimées par cet accident. Quelque temps après, voulant se lever le matin, elle ressentit une vive douleur à la malléole interne gauche, de la roideur dans l'articulation, de la tension, du gonflement le long de la partie interne de la jambe jusqu'à la partie supérieure de la cuisse; une ligne rouge, offrant à l'œil la largeur d'un ruban, et au toucher la dureté

d'une corde tendue, suivait le trajet des vaisseaux lymphatiques, depuis la malléole jusqu'au pli de l'aine. Bientôt, à ces premiers symptômes se joignirent une soif inextinguible, un frisson très intense et prolongé, une céphalalgie violente et des vomissements répétés qui terminèrent l'accès, après une durée de cinq à six heures. Le lendemain et les jours suivants, la douleur, le frisson, les vomissements, en un mot, tout reparut comme la veille, se passa de la même manière, et au bout de huit jours, il ne resta de tout ce désordre qu'un léger gonflement à la malléole. Six mois après, les mêmes accès se représentèrent, et le gonflement qui en résulta fut, cette fois, un peu plus considérable. Depuis cette époque, la malade éprouva deux fois par an des attaques semblables, et la jambe devenant toujours un peu plus enflée, a successivement acquis un volume et une dureté extraordinaires; mais le tour des articulations avait conservé sa mollesse naturelle, et les mouvements jouissaient de toute leur liberté.

Le 25 thermidor an XII, neuf ans après l'invasion de sa maladie, cette dame, en se levant, ressentit à la malléole sa douleur accoutumée, et sur-le-champ frisson, céphalalgie, nausées, inutiles efforts pour vomir, soif ardente, sueur copieuse, pouls lent et un peu serré durant le frisson, lent et plus développé pendant la chaleur; dans une heure le calme fut rétabli, la soif restait seule; mais le moindre mouvement rendait le frisson et les envies de vomir. Huit heures après, la malade put jouir de la liberté de ses membres, et put faire quelques tours dans sa chambre. Dix à douze jours furent marqués par de pareils accès, revenant à peu près aux mêmes heures et conservant la même durée: tantôt on apercevait les traces de la ligne rouge, tantôt la douleur seule indiquait le trajet des lymphatiques. Un vomitif fut administré le 7 fructidor, à la sollicitation de la malade, qui en prit encore un second le lendemain, sans aucun avis. Les accès de l'affection lymphatique furent supprimés, et il y eut ensuite sept à huit mois de santé durant lesquels la malade, à force de masser son membre, était presque parvenue à lui redonner son volume naturel. De nouveaux accès revinrent le 13 et le 14 ventose an XIII. Il y eut le 17 un soulagement très marqué dans les jambes; leur volume seul était augmenté, mais les douleurs se firent ressentir dans le sein et à la partie interne du bras droit, où il se forma sous la peau des inégalités très dures. Quelques jours après, un exercice forcé fit reparaître le frisson et la douleur dans la cuisse gauche; mais le repos dissipa bientôt ces accidents; seulement la fièvre persista d'une manière très irrégulière sous le type, tantôt tierce, tantôt quarte, et toujours accompagnée de quelques douleurs, soit dans les membres inférieurs, soit dans le bras et dans le sein qui avaient déjà été affectés. (ALARD, *Hist. de l'Éléph. des Arab.*, p. 62.)

Subinflammation présentant le type tierce.

N° 98. Ettmuller rapporte qu'une femme fut attaquée, un samedi à minuit (neuvième jour après son accouchement), d'une chaleur et d'une soif ardentes, de douleur de tête et d'anxiété; ses mamelles s'enflèrent considérablement, s'endurcirent et devinrent douloureuses. Au lever de l'aurore, ces symptômes cessèrent après une légère sueur; il resta seulement de la faiblesse et un peu d'enflure aux mamelles.

Le dimanche à midi, les mêmes symptômes reparurent, et cessèrent après douze heures; il en fut de même le mardi et le jeudi suivants; l'accès revint à la même heure avec frisson, chaleur, et tous les autres symptômes. Les mamelles, qui rendaient du lait dans l'intervalle, ne pouvaient en rendre, mais se gonflaient considérablement chaque fois que le paroxysme revenait, et devenaient très douloureuses, sans cependant changer de couleur. (*Colleg. cas.*, 25, pag. 612.)

Bang rapporte l'observation d'un jeune homme qui, après avoir éprouvé l'action du froid, fut successivement atteint de gonflement aux cuisses, à la joue, aux mains, aux genoux et à la poitrine, par suite de la mobilité et du déplacement de la fluxion du sang et des humeurs, tantôt sur un point, tantôt sur un autre plus ou moins éloigné de la surface du corps. (*De vagant. corp. affect.*)

Emphysème sous type tierce.

No 99. M. Portal rapporte qu'il a observé chez la femme du général Clauzel une affection soporeuse parfaitement réglée en tierce, avec cette circonstance remarquable, que toute l'habitude extérieure du corps, surtout la partie latérale gauche. se gonflait comme si elle avait été emphysémateuse, avec tension de la peau et une espèce de crépitation quand on la comprimait avec les doigts. Le premier accès soporeux fut si fort et tellement ressemblant à l'apoplexie par la sterteur de la respiration, qu'il me parut nécessiter la saignée, le pouls de la malade étant plein et fort. Les vésicatoires aux jambes furent mis immédiatement après, et ensuite les boissons purgatives légèrement émétisées furent prescrites. Il survint un amendement si grand dans les symptômes, qu'on crut la malade presque guérie, lorsqu'il reparut le surlendemain un nouvel accès de somnolence profonde, avec emphysème du corps, toujours plus considérable du côté gauche que du côté droit, comme dans l'accès précédent, mais sans gêne dans la respiration et avec moins d'insensibilité dans les membres; de sorte que le second accès fut moins violent que le premier, et que l'emphysème parut diminué. Cependant le retour d'un accès semblable eut encore lieu le surlendemain du précédent ; il pouvait être suivi d'autres dont je ne pouvais apprécier l'intensité, ce qui me détermina à prescrire le quinquina à la malade et à haute dose, avec d'autant plus d'assurance, qu'elle me dit avoir eu quelques accès de fièvre le printemps précédent, et que son urine était rouge et briquetée, comme elle l'est dans les fièvres intermittentes. Le quinquina fut donné sans vomitifs ni purgatifs antécédents, toutes les évacuations étant alors non seulement inutiles, mais même nuisibles, comme Sydenham l'a particulièrement remarqué.

Le troisième accès fut moins intense que le second ; deux ou trois accès semblables aux précédents eurent encore lieu, mais en diminuant graduellement ; on continua l'usage du quinquina et des boissons acidulées tout le temps nécessaire ; on ne laissa sécher les vésicatoires que quand la santé de madame Clauzel fut entièrement rétablie. (PORTAL, *Traité de l'apoplexie*, p. 282.)

Dartre avec le type quintane.

No 100. Clémence F***, couturière, âgée de dix-neuf ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, se présenta à la consultation de l'Hôtel-Dieu, le lundi 5 juin 1818, portant une dartre furfuracée qui lui couvrait toute la partie externe du bras droit, et s'étendait un peu loin sur le cou et la poitrine, du même côté. Les remèdes antidartreux les plus efficaces lui furent prescrits. La dartre avait paru céder assez promptement à ces moyens ; mais elle était revenue, lorsque par hasard je revis la malade le 12 du même mois: je lui fis quelques questions, et j'appris les détails suivants de sa maladie. Clémence avait déjà eu l'année précédente une dartre à peu près semblable, qui avait duré une grande partie de l'été, mais en disparaissant et en revenant à des intervalles plus ou moins éloignés, sur diverses parties du corps. Elle me raconta que, vers la fin du mois de mai, se trouvant habillée à la légère, elle éprouva une fraîcheur durant la nuit, après s'être un peu échauf-

fée en se promenant; il lui survint un rhume qui se termina promptement par l'apparition de la dartre dont il s'agit, laquelle fut aperçue par la malade le 29 du mois de mai; elle dura deux ou trois jours en causant de vives démangeaisons, et disparut presque entièrement pendant le même nombre de jours, sans que la malade eût rien fait pour sa guérison. Cette dartre était revenue et n'existait que depuis un jour ou deux, lorsque la malade fut en consultation à l'Hôtel-Dieu; elle avait encore cessé, et était revenue de la même manière après trois jours d'intervalle; lorsque je revis cette malade, sa dartre ne s'étendait alors que jusqu'à l'épaule, et était surtout bien marquée à la partie externe de l'avant-bras.

Ayant reconnu par tous ces détails que l'affection cutanée dont il s'agit présentait un caractère périodique, et curieux d'en suivre la marche, je fus voir la malade le 14 dans la matinée. Sa dartre avait en grande partie disparu, mais l'avant-bras avait encore une couleur cendrée, et l'on y observait un grand nombre de petites écailles très minces et semblables à du son, qui se détachaient avec assez de facilité par le frottement. La peau du bras et de l'épaule avait repris son état naturel, si ce n'est qu'elle était encore très rouge dans certains endroits où la malade s'était beaucoup frottée. Elle continuait le traitement antidartreux qu'on lui avait prescrit. Je retournai voir la malade le 16; elle me dit que depuis un jour, elle n'observait plus de traces de son affection dartreuse, mais qu'elle avait eu quelques coliques et un peu de dévoiement causés par certains fruits qu'elle avait mangés Je lui conseillai pour le lendemain (troisième et dernier jour d'intermittence), une once de quinquina en décoction à prendre par verre de deux en deux heures. Le 19, je fus extrêmement surpris, en revoyant la malade, de lui trouver sur le front et les sourcils une dartre de même nature que celle qui s'était plusieurs fois répétée au bras. Cette affection existait depuis la veille; elle avait paru à peu près aux mêmes heures, elle avait offert les mêmes symptômes que dans les accès précédents; elle n'avait fait que changer de place. La malade se repentait d'avoir pris du kina; elle accusait ce médicament d'avoir opéré le changement fâcheux dont il s'agit, quoiqu'elle n'eût pris qu'à peine la moitié de ce que je lui avais prescrit.

L'usage du soufre et des boissons diaphorétiques fut continué; cette nouvelle dartre tarda moins encore à disparaître qu'auparavant, et deux jours d'intermittence s'étaient écoulés, lorsque le 22 je décidai encore la malade à prendre six gros de quinquina en poudre; son estomac en fut un peu fatigué, mais le 23 et les jours suivants la dartre ne reparut point.

Il survint quelques jours après des démangeaisons dans les membres et une légère éruption miliaire que deux bains firent disparaître; il n'était rien survenu de particulier, et la malade se portait encore très bien un mois après les derniers accidents dont je viens de parler.

Dartre furfuracée septénaire.

No 101. M. T***, rentier et célibataire, âgé de cinquante-cinq ans, cheveux rouges, constitution lymphatico-sanguine, vint me consulter, vers la fin du mois d'avril 1823, pour une dartre furfuracée qui occupait une partie de la face, du cou et quelques points de la surface externe des jambes. Cette dartre était remarquable par la facilité avec laquelle elle passait d'un lieu dans un autre.

Depuis plusieurs années il était sujet, au printemps, au développement de cette affection cutanée qui durait un certain temps, et puis disparaissait pour six mois ou un an. Mais ce qu'elle offrit de particulier la dernière fois qu'elle se manifesta, c'est de disparaître en tout ou en grande partie pendant quelques jours, et puis de se renouveler ou de s'exaspérer d'une manière très re-

marquable tous les huit jours, aux époques correspondantes aux différents quartiers de la lune. Le malade avait remarqué qu'il lui suffisait alors de se faire la barbe (le malade en avait peu, et se la faisait rarement) pour que son menton et la partie du cou atteinte par le rasoir fussent assez rapidement, quelquefois en vingt-quatre heures, couverts de petits boutons qui causaient une grande démangeaison, et qui étaient bientôt remplacés par une espèce de poussière blanchâtre et de paillettes d'un blanc jaunâtre que le frottement détachait et qui se reproduisait avec une grande facilité. Tout cela disparaissait presque entièrement pendant trois ou quatre jours pour se renouveler bientôt après avec la même intensité, ou en présentant une étendue plus considérable et une démangeaison de plus en plus insupportable.

Pendant deux mois, et à peu près à toutes les différentes phases lunaires, ce malade présentait la même incommodité, jusqu'à ce qu'il se fût beaucoup purgé, car c'était là son remède favori.

Quand je vis le malade, cette dartre était en grande partie concentrée sur le côté gauche de la face, principalement vers l'angle de la mâchoire, autour du pavillon de l'oreille, et sur le côté correspondant du cou. Il y en avait de plus quelques traces vers le haut de la poitrine et sur la partie externe des mollets.

D'autres symptômes morbides survenus à la suite d'un éméto-cathartique, tels que pesanteur de tête, étourdissements fréquents, grande lassitude, inappétence, dégoût, renvois nidoreux, etc., furent seuls cause que le malade réclama les secours de l'art. Régime diététique, bouillons de veau aux herbes, bains d'une température modérée, exercices journaliers, portés jusqu'à la moiteur, frictions sèches et irritantes sur toute la surface du corps, tels furent les moyens employés.

La dartre, qui avait alors disparu presque entièrement, se renouvela encore deux fois, et exactement, comme l'avait déjà remarqué le malade, aux époques de *la nouvelle* et *pleine lune*; elle fut ensuite remplacée par une éruption miliaire avec fièvre et un dévoiement par suite d'une indigestion. (Le D. Sauthier de Clermont-Mentonex. 1825.)

Sueur avec le type hebdomadaire ou *octane.*

N° 102. Schulze a connu un homme qui était pris régulièrement toutes les semaines d'une sueur qui le mettait dans une grande agitation, et le malade se trouvait dans le plus grand danger lorsqu'elle ne paraissait pas à l'époque ordinaire. (*Acad. scrut. natur. part.* I, p. 267.)

Eléphantiasis avec des exacerbations périodiques hebdomadaires.

N° 103. M. F. D., âgé de trente-deux ans, né à l'île de Barbade, après avoir été soigné pour un rhumatisme, avait ressenti pour la première fois à l'âge de sept ans un gonflement douloureux dans l'aine, et une heure après le frisson, la chaleur, la sueur, etc. L'engorgement et l'inflammation commencèrent dans la suite immédiatement après, et continuèrent trois ou quatre jours; puis l'inflammation cessa, mais le gonflement alla toujours en augmentant. Chaque accès le rendait plus considérable; et comme jusqu'à l'âge de dix-neuf ans, le malade en eut un par semaine, le membre était devenu d'une grosseur très incommode. L'application du bandage serré, continué pendant deux ans, diminua beaucoup son volume. (J. Hendy, *ouvrage cité de M. Alard.*)

Subinflammation dont les redoublements ont lieu tous les huit ou quinze jours.

N° 104. Une femme, âgée de quarante-neuf ans, rendait par les mamelons une matière blanchâtre dont la sortie occasionnait des douleurs très vives. On lui conseilla l'application d'un vésicatoire au bras gauche; ce moyen fit sur-le-champ cesser l'écoulement. Quelque temps après, elle fut prise tout-à-coup, et sans cause connue, d'une inflammation à l'avant-bras du côté du vésicatoire. Cette inflammation ne dura que vingt-quatre heures, et fut accompagnée de frisson et de gonflement considérable dans la partie. Elle se dissipa; mais le gonflement du membre persista encore sans être douloureux ni œdémateux. Pendant les cinq ou six ans qui suivirent, cet accès éphémère se renouvela tous les huit ou quinze jours, plus fréquemment l'hiver que l'été, avec frisson et augmentation du volume du membre. Depuis, il est devenu plus rare, et ne se présente plus que trois ou quatre fois par an. Le bras est toujours volumineux, dur, sans aucune apparence d'œdème; la peau présente quelques petits tubercules assez rares (1). (M. Alard, ouvrage cité.)

Eczéma périodique, type quindécimane. (Croûtes laiteuses.)

N° 105. Le fils de M. Lech., âgé de huit mois, très développé pour son âge, généralement très potelé et même bouffi par excès d'embonpoint, avait une nourrice qui se livrait parfois à différents excès.

Vers le milieu de septembre 1824, à la suite d'une nuit très agitée, et où cet enfant avait beaucoup pleuré, je fus appelé pour le voir. Je remarquai sur les tempes, les orbites de l'œil, et autour des oreilles, un grand nombre de petits boutons vésiculaires, disséminés par plaques inégales, et très rapprochés les uns des autres: les plus petits étaient rouges, les autres blancs ou jaunâtres. Attirées par la démangeaison, les mains de l'enfant les déchiraient souvent à mesure qu'ils se formaient; reproduits de nouveau ou desséchés, tous finissaient par se réunir en croûtes plus ou moins arrondies, plus ou moins épaisses et étendues, de couleur grisâtre ou jaunâtre. Celles qui se trouvaient en partie sur le cuir chevelu étaient assez adhérentes; les autres se détachaient facilement en les humectant avec du lait chaud ou de l'eau de mauve.

On ne fit rien de particulier pour guérir ces croûtes de lait ou cette espèce de gourme qu'on regardait comme une heureuse diversion aux premières souffrances de la dentition que cet enfant commençait à ressentir. Les parents craignirent même pour sa santé quand ils virent toutes ces croûtes se détacher et se dissiper promptement; car, au bout de cinq ou six jours à dater de l'invasion de la maladie, tout avait disparu, et le nourrisson était devenu moins docile, plus agité et plus criard qu'à l'ordinaire. Mais, au grand étonnement, et presque à la satisfaction de ses parents, les mêmes éruptions croûteuses se développèrent de nouveau (quinze jours après la première apparition). Elles disparurent encore très promptement, puis se renouvelèrent de nouveau après le même intervalle de temps.

Cette fois, on commença à s'en inquiéter davantage, et l'on attribua ces éruptions à quelques excès de vin et de cidre doux que faisait de temps à autre la nourrice, et surtout à un dévoiement qu'elle avait eu par suite d'une

(1) Cette inflammation rémittente périodique que M. Alard donne pour une affection du système absorbant-lymphatique, nous paraît manquer de détails pour la caractériser. C'est à cause du type rémittent octane et quindécimane qu'elle a offert pendant plusieurs années, que nous avons cru devoir la rapporter. Libre à chacun de n'y voir qu'une phlegmasie ordinaire, ou une inflammation blanche, selon l'expression de M. Alard.

indigestion de fruits. Quoi qu'il en soit, la santé générale de l'enfant commençait à en être altérée; il avait maigri sensiblement, il était moins empressé à saisir le mamelon, il pleurait fréquemment, et les nuits étaient agitées. Cette dernière fois cependant le nombre des croûtes fut moins considérable; elles ne se répandirent que sur le front et les tempes. A peine avaient-elles commencé à paraître, que la nourrice, pour apaiser les cris de l'enfant, avait eu l'imprudence de le conduire au grand air et de l'exposer au froid; de là des coliques et un dévoiement assez intense.

Appelé de nouveau, le 18 octobre, auprès de cet enfant que je n'avais pas revu depuis la première fois où j'avais jugé son affection fort légère, et pour laquelle je n'avais ordonné que des soins de propreté, des lotions d'eau de guimauve et des précautions hygiéniques. Deux récidives avaient eu lieu depuis cette époque. Les dernières croûtes, de même nature que les premières, ne présentaient guère que l'étendue d'un demi-franc ou d'un franc, là où elles se trouvaient isolées les unes des autres; elles étaient écailleuses et avaient une grande disposition à se détacher. La peau au-dessous présentait une teinte rosée ou d'un jaune paille qui ne tardait pas à s'effacer. Toutes s'étaient dissipées plus promptement encore que de coutume.

Je fis d'abord supprimer la panade sucrée à laquelle on avait habitué cet enfant; un large cataplasme fait avec la farine de graine de lin et une décoction de têtes de pavot fut apposé sur tout l'abdomen pour calmer les coliques et le dévoiement. Dès qu'il fut réduit au mamelon, l'appétit se ranima et se fit remarquer par des besoins plus fréquents de téter. On lui fit encore prendre des bains tièdes d'un quart d'heure tous les deux jours, et l'état du petit malade fut bientôt très satisfaisant.

Cependant trois récidives périodiques de cette affection cutanée me firent aviser aux moyens d'en prévenir de nouvelles; et, indépendamment d'une surveillance plus attentive pour le régime de la nourrice et les soins à donner au nourrisson, j'imaginai d'administrer le sulfate de quinine en lavement pendant les derniers jours du mois, afin de prévenir le retour qui pouvait avoir lieu au commencement de novembre. Pendant trois jours consécutifs on introduisit donc quatre grains de sulfate de quinine dans un quart de lavement; le dernier causa des épreintes douloureuses qui se renouvelèrent avec un peu de dévoiement pendant plusieurs jours de suite. La santé de cet enfant ne fut pas autrement dérangée, et depuis lors s'est maintenue. (**Deschamps.**)

Autre subinflammation périodique.

N° 106. Isidore Picard, âgé de dix-neuf ans, a passé une partie de son enfance à garder les moutons et à faire le métier de valet de basse-cour. Il a toujours par conséquent été exposé aux vicissitudes atmosphériques, dans un pays marécageux, boisé, dans lequel les scrofules, les affections rhumatismales et les fièvres intermittentes sont comme endémiques. Picard est né de parents sains; sa constitution est lymphatique, quoiqu'il soit d'ailleurs vigoureux; il n'a jamais eu d'autres maladies que l'engorgement qui fait le sujet de cette observation, si ce n'est quelques abcès sur diverses parties du corps, lesquels se sont manifestés avec fièvre à des intervalles de plusieurs mois. C'est vers l'âge de puberté que l'affection qu'il porte s'est manifestée sur le scrotum. La marche en a été lente, peu connue, l'accroissement intermittent et toujours précédé par une sorte d'embarras gastrique et des mouvements fébriles. La peau de la verge et du scrotum a pris successivement de l'épaisseur et de la densité; les téguments de la verge, après plusieurs accès, ont tellement augmenté en circonférence et en longueur, que le prépuce est contourné sur lui-même, offrant l'aspect d'un phimosis tout-à-fait hideux, tant par la

grosseur que par la difformité. Ces accès durent vingt-quatre ou trente heures, et se terminent par une sueur abondante.

Cet accès, dont nous avons été témoin à l'hôpital des Vénériens, est accompagné d'une douleur aiguë dans les glandes lymphatiques de l'aine, avec un engorgement des vaisseaux lymphatiques de la partie interne de la cuisse, engorgement que le malade lui-même appelait une *corde noueuse.* La peau de la cuisse s'est gonflée, a pris une teinte rosée; les téguments du scrotum, des aines, du pubis, déjà tuméfiés par les attaques antérieures, sont devenus en moins de trente heures le siége d'un énorme engorgement érysipélateux Par l'usage combiné des lotions émollientes et narcotiques, des bains, d'un régime adoucissant, puis de la ciguë et du muriate suroxigéné de mercure, les parties engorgées sont devenues d'un moindre volume que durant la période inflammatoire. Mais, malgré cette diminution, le gonflement est resté plus considérable qu'il ne l'était avant cette dernière attaque. (Gilbert.)

Subinflammation intermittente mensuelle.

No 107. Mademoiselle Monnet, âgée de treize ans, eut à l'âge de six mois un gonflement de tout le côté droit du corps. Ce gonflement se borna peu à peu au membre inférieur droit, où il n'a jamais cessé d'exister depuis : il est tantôt considérable, et laissant une forte bride au bas de la jambe et une autre au-devant des orteils; tantôt il diminue et devient à peine sensible au moyen d'un écoulement copieux d'une lymphe promptement coagulable à l'air, et qui sort par des espèces de petits mamelons gros comme un grain de millet, situés à la partie interne de la jambe et sur le pied. Les grands changements dans la grosseur de cette extrémité se prononcent avec des caractères assez remarquables; ils ont lieu par des accès qui, dans le principe, ne survenaient qu'à de grandes distances, mais qui se sont graduellement rapprochés de manière à revenir tous les mois.

Quand un de ces accès doit avoir lieu, les couloirs de la jambe se ferment tout-à-coup, quelque temps après surviennent un mal de tête et une fièvre qui augmentent en quelques heures jusqu'à devenir insupportables. La malade sent une douleur au haut du membre; quelques unes des glandes inguinales et le plexus des vaisseaux cruraux, déjà plus gros qu'ils ne devraient l'être, prennent encore plus de développement. On distingue sur toute la partie antérieure de la cuisse un ruban rouge, dur, et très sensible au toucher. La cuisse, la jambe, le pied, se gonflent de nouveau, et chaque fois un peu plus que dans la dernière crise; les ongles des pieds, enfoncés dans les chairs, deviennent susceptibles d'une grande douleur au tact le plus léger. Après trente ou trente-six heures de cette suite d'accidents, les eaux reprennent leur écoulement, et la malade revient à son état habituel.

La santé générale n'éprouve aucune altération; et tout, chez cette jeune personne, semble marcher comme si elle n'avait aucune affection maladive. (Juillet 1805.) La peau, qui était dans le principe recouverte d'une sorte de poussière grise très adhérente et qu'on aurait pris pour une dégénérescence de l'épiderme, s'est nettoyée au moyen des fréquentes lotions d'eau tiède, et a repris sa couleur naturelle. (Bouvier, *Bull. de la Société de méd. de Paris.*)

Autre avec le même type.

Charles Pison rapporte qu'une dame de qualité avait tous les mois une enflure périodique au cou, qui devenait si considérable que, à chaque retour de cette affection, elle était près d'être suffoquée. (*De morbis à serosâ colluvie.*)

Dartre phlycténoïde avec le type mensuel.

No 108. Schulze fait mention d'une femme de vingt ans qui, tous les mois, avait derrière chaque oreille de petites vésicules qui s'ouvraient d'elles-mêmes, et disparaissaient après l'écoulement d'une matière jaunâtre. (*Acad. de Scrut. nat.*, t. VI.) Heister a observé une enflure des glandes du cou, qui revenait périodiquement tous les mois chez une jeune fille de seize ans. (*Observ. méd.*)

Eléphantiasis avec des exacerbations mensuelles.

No 109. Daniel Massiath fut attaqué d'éléphantiasis à l'âge de dix-huit ans. Cette maladie se manifesta par une douleur et un gonflement dans l'aine. Un quart d'heure après, frisson, chaleur brûlante, sueur copieuse, céphalalgie, douleur dans le dos, et surtout à l'estomac. Cette attaque laissa un très léger gonflement dans la malléole gauche. L'accès se renouvela ensuite une fois par mois régulièrement, et au bout de quatre ans, la jambe avait dix-huit à vingt pouces de circonférence au mollet.

A vingt-deux ans, les deux jambes furent également affectées; la droite, quoique la dernière malade, devint plus volumineuse que la gauche. Elle avait acquis dans toutes ses parties trente-six pouces de circonférence, depuis le mollet jusqu'au genou; l'autre n'en avait que vingt-six. L'accroissement de ces tumeurs a été si graduel, que le malade y a été très peu sensible. Il ne se plaignait de leur volume que lorsqu'il avait été affaibli par les accès. Son appétit était bon, et toutes ses fonctions en pleine activité. (Henry, *ouvrage cité.*)

Dartre phlycténoïde (mal de rose ou pellagre) *avec le type mensuel et annuel.*

No 110. Un médecin espagnol, M. Rouzzialdo, nous a transmis l'exemple remarquable d'une affection cutanée sous forme phlycténoïde, appelée dans son pays *mal de rose*, et dont la périodicité paraît liée à celle du flux menstruel. Il s'agit d'une femme de trente-deux ans, d'une constitution lymphatico-nerveuse, qui avait été mariée pendant huit ans sans avoir jamais eu d'enfant. Devenue veuve et ayant éprouvé beaucoup de chagrins, sa santé générale s'était détériorée. L'écoulement menstruel était peu abondant; et son sang, disait-elle, était en grande partie décomposé et souvent réduit à une eau rougeâtre.

Au commencement du mois de mars 1827, de nouveaux chagrins domestiques vinrent l'assaillir; son appétit était nul, ses digestions pénibles; dégoût et soif continuels. L'époque menstruelle était passée de plusieurs jours sans qu'elle eût rien ressenti de ce côté; mais elle fut prise de douleurs vagues, de tiraillements, et puis de démangeaisons à la surface du cou, des épaules, et de la partie antérieure de la poitrine; le soir, insomnie, agitation, et grattements fréquents. Bientôt il se manifesta des espèces d'ampoules ou de phlyctènes dont le volume variait depuis la grosseur d'un pois ou d'une lentille, jusqu'à celle d'une fève; quelques unes étaient plus petites, mais alors très rapprochées les unes des autres; c'étaient celles dont la démangeaison était la plus marquée. La plupart de ces vésicules se déchiraient facilement et laissaient écouler de la sérosité; d'autres résistaient davantage et prenaient une teinte plus foncée. Il n'y avait ni rougeur ni chaleur à la peau, qui était généralement d'un blanc sale ou jaune clair, un peu gonflée et luisante. Quelques phlyctènes, mais en petit nombre, étaient pourtant entourées d'une bande rosée.

Outre les symptômes gastriques très prononcés, il y avait angoisses, céphal-

algie formée tantôt à la partie supérieure, tantôt à la partie postérieure de la tête, sentiment de lassitude et de faiblesse générale, constipation. On eut recours successivement aux applications de sangsues autour de la vulve, bains de siége, lavements, pilules purgatives, boissons délayantes.

Dans les endroits où la malade s'était fortement grattée, surtout au dessus des épaules et sur le devant de la poitrine, les vésicules furent promptement déchirées ; il s'y forma des excoriations plus ou moins étendues et douloureuses, qui furent suivies de dessiccation et de démangeaisons. Un grand nombre de vésicules furent ouvertes avec des épingles, et il s'en écoula une eau rougeâtre et opaque. A dater du troisième et quatrième jour, toutes commencèrent à s'affaisser, et bientôt ne furent plus marquées que par des taches jaunâtres ou brunâtres, qui se transformèrent à leur tour en croûtes minces et lamelleuses, que le frottement détachait plus ou moins facilement. La peau restait lisse, et tachetée aux endroits occupés par les phlyctènes.

L'état de la malade, loin de s'améliorer après la disparition de l'affection cutanée, s'empira pendant quelques jours : la tristesse, l'inappétence, les dégoûts, les renvois, furent portés au comble ; il y avait parfois un ptyalisme qui nécessitait des crachements fréquents; quelques aphthes furent remarqués sur la muqueuse qui tapisse la bouche. Céphalalgie parfois insupportable, pouls fréquent et tendu, peau sèche ; sentiment de fatigue, de pesanteur et de chaleur dans le bas-ventre. Nouvelle application de sangsues, boissons acidulées, potion purgative, avec le calomel et la résine de jalap. Les fonctions se rétablissent ; la malade se trouve bien, pendant une quinzaine de jours, à part la mélancolie et les idées noires qui l'assiégent.

Le 5 ou 6 avril, à la même époque que le mois précédent, et sans cause présumable, si ce n'est une exposition un peu prolongée au soleil, retour de la plupart des symptômes morbides qu'elle avait déjà éprouvés. D'abord céphalalgie, nausées, vomissements, une faiblesse et un malaise inexprimables. Le lendemain, espèce de torticolis, tumeur à la peau du cou, douleurs vagues dans les mains, les bras et les épaules ; deux jours après, nouvelle apparition des taches et des phlyctènes, mais en plus grande quantité; une partie de la face, toute la partie interne des bras, la paume des mains, en sont couvertes, indépendamment des lieux attaqués la première fois. Mêmes moyens thérapeutiques, suivis de quelques bains pour rendre à la peau sa teinte et sa souplesse naturelles , car elle est restée plus sèche et plus tachetée que la première fois; elle est comme brunâtre, raboteuse en quelques endroits ; elle forme plusieurs crevasses transversales entre le cou et le sommet de la poitrine, et présente des taches rougeâtres qui inquiètent beaucoup la malade.

D'ailleurs état de mélancolie, de tristesse et d'abattement ; dégoût, apathie et anéantissement général ; les digestions sont pénibles, accompagnées de renvois et de borborygmes ; nuits agitées, rêves fréquents, parfois espèce de cauchemar très fatigant.

Cependant l'état de la malade, à l'aide des moyens indiqués, devient très satisfaisant pendant quinze à vingt jours ; après quoi tous les mêmes symptômes morbides, locaux et généraux, internes et externes, se renouvellent encore. Même traitement à part l'application des sangsues qu'on n'ose employer à cause de la faiblesse de la malade. On insiste sur les boissons apéritives, les pilules fondantes et relâchantes, l'emploi du calomel qu'on suspend par suite d'un dévoiement qui fatigue beaucoup la malade. Après quelques jours, elle fut réduite à un état de faiblesse extrême ; mais elle est plus tranquille au moral, et n'indique aucune souffrance particulière. Le régime, l'exercice, les distractions et un petit voyage achevèrent la guérison sans toutefois dissiper sa tendance à la mélancolie.

L'année suivante, à la même époque, c'est-à-dire au commencement de

mars, retour des mêmes accidents; emploi des mêmes moyens. Le moral devient de plus en plus susceptible; le physique est réduit à un état de maigreur extrême; le ventre est un peu tuméfié et semble annoncer une disposition à l'ascite. La peau autour du cou, particulièrement sous l'angle des mâchoires et dans les plis claviculaires, reste sale, rugueuse, difforme et sujette à des crevasses d'un jaune orangé.

M. Rouzzialdo perdit de vue cette malade à une époque où ses fonctions digestives et son moral paraissaient être sensiblement améliorés.

Subinflammations avec le type bisannuel et annuel.

N° 111. Louis Daniel parle d'une tumeur très considérable du testicule gauche qu'il a observée chez un sénateur, et qui revenait à des époques déterminées. Le malade dont il s'agit, en montant à cheval, s'était foulé le testicule, qui était devenu le siége d'un engorgement assez considérable, qui avait guéri sans suppuration, mais en laissant cette glande deux fois plus volumineuse qu'à l'ordinaire. Depuis cette époque, le testicule dont il s'agit a continué de s'engorger régulièrement deux fois par an. Chaque retour de cette affection locale était précédé d'une forte fièvre; le testicule augmentait de volume, et égalait bientôt la tête d'un enfant de deux ans; le prépuce et le gland étaient presque entièrement effacés; le testicule droit conservait son volume naturel. Cette affection se manifesta pendant plusieurs années; on lui opposait des applications émollientes et résolutives, et quelques autres remèdes, à l'aide desquels on parvenait à la dissiper. (*Act. nat. curios.*, *déc.* 1er an IX, *obs.* 10.)

Alscher a observé une tumeur qui revenait tous les ans aux glandes de l'aine et à des temps fixes. Elle paraissait subitement, suppurait, et disparaissait jusqu'à l'année suivante. (*Collet. de Breslaw*, t. XIX.)

Tumeur subinflammatoire périodique annuelle.

N° 112. Madame M***, de Montpellier, âgée de trente ans, d'un tempérament bilieux, d'une excellente constitution, était accouchée deux fois; sept ans après la seconde et dernière couche, elle ressentit aux glandes axillaires du côté gauche un engorgement très douloureux qui augmenta pendant plusieurs jours. Des cataplasmes émollients furent appliqués, puis la tumeur fut ouverte; il en sortit une matière purulente. La guérison suivit de près cette petite opération. L'homme de l'art qui soignait la malade, soupçonnant l'existence d'un *hétérogène laiteux,* prescrivit pendant trois mois des antilaiteux. Ce traitement n'empêcha pas qu'un an après l'apparition de cette tumeur, il n'en parût une autre à la même place et avec les mêmes caractères que la première. On eut recours aux moyens qu'on avait employés la première fois, et les résultats furent les mêmes. L'inutilité des antilaiteux fit rechercher une autre cause que celle qui avait fait recourir au traitement dont j'ai parlé.

Le mari de madame M*** ayant eu, dans sa jeunesse, des symptômes vénériens, on crut devoir attribuer au virus syphilitique l'accident dont j'ai rendu compte; et quoique madame M*** n'eût jamais rien éprouvé qui en démontrât les effets, elle n'en fut pas moins soumise à des frictions mercurielles. Quatre onces d'onguent préparé au tiers furent employées avec toutes les précautions qui pouvaient en assurer le succès. Ce nouveau traitement n'empêcha pas le retour de la tumeur aux mêmes époques et avec les mêmes circonstances rapportées plus haut. Les moyens curatifs que la tumeur exigeait furent encore mis en usage, mais la malade se refusa à tous les autres remèdes, fatiguée de leur insuffisance.

Appelé pour soigner la malade lors de la dernière récidive de son affec-

tion, M. Destouches trouva l'engorgement dont il s'agit de la grosseur d'un petit œuf de poule, et il s'accompagnait de vives douleurs. Ce médecin pensait que la maladie pouvait être due à *un vice d'épaississement de la lymphe*, et, connaissant l'action fondante du muriate d'or, prescrivit ce remède dissous dans les proportions d'un grain sur huit onces de sirop de salsepareille. La malade prenait chaque matin une cuillerée de ce sirop, étendue dans une tasse de décoction de douce-amère, dont elle usait pendant la journée; on augmentait graduellement le nombre des cuillerées données chaque jour. Dès qu'elle eut usé quarante onces de sirop et cinq grains de muriate, la malade fut entièrement délivrée de l'engorgement qui lui avait donné tant d'inquiétude. Sa santé s'améliora, mais ne devint décidément bonne que quand le terme où la maladie avait paru, à quatre récidives différentes, eut été franchi. Voilà deux ans que la malade est délivrée de sa tumeur périodique annuelle. (*Annal. clin. de la Soc. de méd. prat. de Montp.*, t. IV, 1819.)

CHAPITRE IV.

IRRITATIONS INTERMITTENTES NERVEUSES EXTERNES.

Plusieurs médecins qui se sont déclarés les antagonistes de la doctrine physiologique qu'ils ne connaissent pas, ou qu'ils affectent de ne pas comprendre pour lui supposer des idées exclusives qu'ils se donnent ensuite le plaisir de combattre; plusieurs, dis-je, de ces médecins, dans la supposition que la doctrine physiologique ne voit partout et dans toute espèce de maladie que des inflammations, ont voulu, à leur tour, sans doute pour se mettre en opposition plus directe, ne voir aussi, dans la plupart des maladies, que des névralgies et des névroses. C'est surtout quand une inflammation quelconque présente le type intermittent qu'elle est aussitôt rangée dans la classe des affections nerveuses : ainsi une ophthalmie et un rhumatisme périodiques, une otite et une goutte intermittentes, quelque saillants que soient leurs symptômes inflammatoires, ne sont jamais, selon eux, que des névralgies ! Il en est de même d'une toux, d'une dysenterie, d'un choléra-morbus, etc.; toutes les fois que ces maladies présentent le type intermittent, ce ne sont plus que de *pures névroses* !

Comme il y a une division bien naturelle des maladies en externes et en internes, il fallait, pour les produire, deux ordres de nerfs particuliers ; et ces nerfs n'étaient pas difficiles à trouver puisqu'il y en a partout, puisque chaque tissu, chaque organe, chaque viscère en reçoit un certain nombre proportionné au degré de sensibilité qui lui est departi. La distinction des nerfs

qui président aux fonctions externes ou de relation, et aux fonctions internes ou organiques et nutritives, avait été faite depuis long-temps ; il ne s'agissait donc que de s'emparer des premiers sous le nom de nerfs *cérébro-spinaux*, des seconds sous celui de nerfs *ganglionnaires*, et de les faire agir très activement et même exclusivement dans le développement d'un grand nombre de maladies ; c'est ce qu'on a fait. Que résulte-t-il de cette opération de l'entendement ou de ce système, car on peut à bon droit l'appeler ainsi jusqu'à ce que des faits matériels soient venus à son appui, si toutefois ils y viennent? Il en résulte, selon nous, d'assez bons mémoires (1), qui font peut-être mieux apprécier le rôle que joue le système nerveux dans beaucoup de maladies, qui pour cela n'en sont pas devenues nerveuses. Le nombre de celles reconnues inflammatoires par la doctrine physiologique n'en est point diminué, parce qu'il ne saurait l'être par de simples raisonnements, et parce qu'en général elle ne leur a reconnu ce caractère que d'après le mode d'action des causes, d'après l'analyse des symptômes et d'après l'examen attentif des lésions cadavériques.

Bien loin que nos adversaires, par leurs nombreuses dissertations sur le système nerveux, aient pu augmenter le nombre des maladies de ce système, ils ne sont pas même parvenus à lever les doutes exposés par quelques médecins physiologistes sur la nature des névralgies elles-mêmes ! névralgies que, pour notre part, nous avons toujours placées au rang des irritations nerveuses externes. Ayant si peu fait encore pour éclairer le diagnostic des maladies nerveuses qui se passent en quelque sorte sous nos yeux, comment pourraient-ils ne pas se perdre dans les nombreuses et subtiles distinctions de névroses viscérales qu'ils s'efforcent d'établir pour arriver à une théorie antiphysiologique des fièvres larvées et des fièvres intermittentes en général ? N'est-ce pas étrangement s'abuser sur le rôle des nerfs ganglionnaires que de transformer toutes les affections abdominales périodiques en *gastralgies*, en *entéralgies* ou en *fièvres nerveuses essentielles*, quand la majorité des faits et toutes les recherches de l'anato-

(1) Voir les *Mémoires* de M Jolly, dans la *Nouvelle Bibliothèque médicale;* de M. Blaud, dans la *Revue médicale;* de M. Brachet de Lyon, dans les *Archives générales de médecine ;* de M. Guérin de Mamers, dans le *Journal des progrès des sciences médicales ;* enfin l'article *Intermittent* du Dictionnaire de médecine de M. Rayer, etc.

mie pathologique sont là qui déposent contre cette prétendue *nervosité* et *essentialité* des affections dont il s'agit? Mais hâtons-nous de revenir aux névralgies externes.

Diagnostic. — Les névralgies intermittentes se bornent pour nous à celles dont le siége, accessible à nos sens, nous permet de les suivre le long des nerfs irrités ou malades, nerfs dont la souffrance plus ou moins vive, plus ou moins durable, nous indique un mode de lésion quelconque. Il est très vrai qu'on sait peu de chose encore sur le mode de lésion locale qui constitue l'irritation nerveuse externe; on n'a pas encore bien constaté ou étudié ce qui se passe dans le nerf au moment de l'accès névralgique ou quand se développent la douleur et les symptômes caractéristiques de l'irritation nerveuse périodique externe : le nerf particulièrement affecté a paru quelquefois gonflé, plus tendu, plus résistant à la pression, et roulant en quelque sorte sous les doigts dans les cas où il se trouve placé immédiatement sous la peau. Y a-t-il appel et congestion de fluide nerveux? Est-ce de l'accumulation et de la compression de ce fluide par le névrilème que provient la douleur? Cette douleur serait-elle au contraire le résultat d'une fluxion sanguine analogue à celle qui constitue l'inflammation? Ni l'une ni l'autre de ces hypothèses n'est assez probable, ou appuyée d'un assez grand nombre de faits pour qu'on puisse définitivement les adopter.

M. Roche, qui a voulu trop prématurément sans doute résoudre cette question, n'y est point parvenu avec autant de bonheur que dans d'autres questions difficiles (1). Reconnaissant comme nous des irritations nerveuses externes et internes, M. Roche était-il fondé à convertir les névralgies ordinaires, continues ou intermittentes, en inflammation des nerfs sous le nom de *névrites* ? Nous ne le pensons pas, parce que les névralgies sont les seules irritations nerveuses externes qui aient été bien distinguées, reconnues et décrites comme telles jusqu'à ce jour; parce que tous les médecins les plus recommandables qui se sont beaucoup occupés des maladies du système nerveux, tels que Whit, Tissot, Chaussier, etc., leur ont reconnu un caractère purement et essentiellement nerveux. En adoptant une opinion contraire, M. Roche est ensuite très embarrassé pour caractériser les névroses externes dont il admet l'existence ; il est

(1) *Nouveaux éléments de pathologie médico-chirurgicale*, 2e édit., t. I.

obligé, dans le chapitre qui leur est consacré, de reproduire les mêmes symptômes qu'il avait précédemment assignés aux névrites ou névrilites. Ces symptômes, d'accord avec la majorité des recherches d'anatomie pathologique qui ont été faites jusqu'à ce jour, prouvent incontestablement que la congestion sanguine ou inflammatoire n'est point l'élément habituel et principal de la névralgie. En effet, l'invasion de celle-ci n'est pas sourde, graduelle et annoncée par quelques prodromes comme celle de l'inflammation ; elle est presque toujours, au contraire, subite, imprévue, rapide comme une étincelle électrique. La douleur de toute phlegmasie est tensive, chaude, gravative ; celle de la névrose est vive, instantanée, déchirante, accompagnée fréquemment d'un sentiment de froid local. La douleur nerveuse, loin d'être fixe et stationnaire comme l'est ordinairement la douleur inflammatoire, est extrêmement mobile ; un rien l'augmente ou la fait disparaître ; elle se promène et se montre tantôt ici, tantôt là, le long du nerf affecté ; une forte compression locale ralentit ou arrête momentanément la douleur névralgique, tandis qu'elle augmente la douleur d'une phlegmasie quelconque. La névralgie n'est presque jamais accompagnée de phénomènes qui indiquent une influence sympathique sur les organes de la circulation et de la respiration, influence qui, dans l'irritation inflammatoire, est presque toujours proportionnée à l'intensité de la douleur locale. Quelle que soit cette douleur dans la névralgie, elle ne provoque pas de fièvre, ou si parfois on observe quelques phénomènes sympathiques, ils sont toujours bien moins marqués, toutes choses égales d'ailleurs, que dans l'irritation inflammatoire. Enfin, les recherches d'anatomie pathologique qui ne laissent presque jamais de doute sur la nature et le siége de cette dernière irritation, en général n'apprennent rien ou que fort peu de chose touchant les névralgies ; le plus souvent on ne découvre dans la pulpe du nerf malade ni dans son névrilème, ni dans les parties environnantes, aucune modification particulière et constante qui puisse servir à nous rendre compte des phénomènes observés. Nous pourrions ajouter que les moyens antiphlogistiques locaux et généraux ne sont point ceux qui réussissent ordinairement contre les névralgies ; ce sont au contraire et spécialement les moyens narcotiques, calmants et révulsifs. Ce n'est point ici une opinion particulière que nous émettons, c'est celle d'un grand nombre d'écrivains et de praticiens recom-

mandables, comme de Willis, de Tissot, de Cooper, de Whit, de Desault, de Chaussier et de tous les médecins en général qui ont fait une étude plus ou moins attentive ou spéciale des nerfs et de leurs maladies.

Nous croyons donc que MM. Monfalcon (1) et Roche, en convertissant toutes les névralgies en inflammations, sont tombés dans l'excès opposé à celui que nous reprochions tout à l'heure aux adversaires de la doctrine physiologique. Car, il n'y a pas de milieu, ou il faut bannir de la pathologie toute affection nerveuse proprement dite, toutes les névroses en masse, ou il faut conserver à la névralgie le premier rang parmi ces dernières maladies, parce que la névralgie est, de toutes les névroses, celle qu'on connaît le mieux, celle qu'il est le plus facile d'isoler et de distinguer parfaitement de toutes les autres irritations. On ne peut pas s'autoriser de quelques faits particuliers, rares, et d'ailleurs fort peu concluants, d'anatomie pathologique, pour trancher une question aussi importante, et qui ne tendrait à rien moins qu'à établir pour tous les tissus une seule manière de souffrir et d'être lésé, c'est-à-dire uniquement celle qui est propre aux capillaires sanguins ; tandis que les nerfs, qui jouent un rôle si grand, si distinct dans l'organisme, ont certainement une manière de souffrir qui leur est propre, et qui est tout autre que la phlegmasie. Une céphalée n'est point une encéphalite. Il y a, entre ce qu'on appelle une fluxion inflammatoire des dents et une odontalgie, entre une otite et une otalgie, une grande différence. Qu'une odontalgie s'accompagne parfois d'une fluxion sanguine, cette existence simultanée n'empêchera pas de distinguer l'un de l'autre deux états morbides de nature différente.

Nul doute que les nerfs ne puissent, à leur tour, être affectés dans leurs vaisseaux capillaires sanguins, de manière à constituer une véritable inflammation ; mais il nous semble qu'on ne devrait pas trop se presser de créer des noms pour représenter un grand nombre de phlegmasies que l'observation n'a point encore assez constatées : à quoi bon, par exemple, isoler l'inflammation du nerf (névrite), de celle du névrilème (névrilémite ou névrilite), et de celle encore de la pulpe nerveuse (névromyélite) (2) ? Pourquoi se fatiguer d'avance l'imagination et la

(1) *Article* Névralgie, *du Dictionnaire des sciences médicales.*
(2) Boisseau, *Médecine organique*, t. IV.

mémoire par de subtiles distinctions et par tant de mots nouveaux ? N'est-ce pas assez de reconnaître l'inflammation d'un filet nerveux en masse, quand on ne sait rien ou presque rien sur la lésion locale qui constitue ce genre de maladie? Pour peu que ce zèle à créer de nouvelles phlegmasies aille en augmentant, n'est-il pas à craindre que les médecins physiologistes ne tombent dans le défaut qu'ils ont signalé chez leurs adversaires, et qu'ils ne fassent eux-mêmes de l'ontologie au profit de l'inflammation? Il est incontestable que les nerfs puissent être lésés dans leurs vaisseaux sanguins, tout comme les vaisseaux sanguins peuvent à leur tour être lésés dans les nerfs qui leur sont propres ; mais l'inflammation n'est-elle point aussi rare pour les nerfs que la névralgie pour les vaisseaux sanguins? Et, s'il en était ainsi, faudrait-il s'étonner que la névrite fût si peu connue?

Dans certains cas de névralgie dont l'intensité et la durée avaient été très grandes, l'autopsie a fait voir des traces manifestes de congestion sanguine autour du névrilème; celui-ci a même paru quelquefois plus dense, plus coloré que dans l'état normal. Mais c'est presque toujours à la suite de la sciatique continue ou de la névralgie du nerf fémoro-poplité, qu'on a découvert ces altérations locales ; sans doute parce que son névrilème, étant naturellement plus épais et entouré d'une quantité considérable de tissu cellulaire et de vaisseaux sanguins, est plus disposé à l'afflux du sang par suite de l'irritation nerveuse. Ce qui semble le prouver, c'est que dans les névralgies de la tête, les plus fréquentes de toutes les irritations nerveuses externes, on n'a jamais rencontré ces altérations locales, sans doute parce que leur névrilème est plus mince et mieux dessiné, mieux isolé entre toutes les autres parties. D'ailleurs, quand a-t-on trouvé les altérations dont il s'agit le long du nerf fémoro-poplité? n'est-ce pas uniquement quand la sciatique a été très intense et très prolongée? On conçoit dès lors que la congestion sanguine soit bien plus rare encore et n'ait presque jamais le temps de s'établir dans les névralgies intermittentes; parce que l'irritation, revenant par accès à des intervalles plus ou moins éloignés, ne dure pas assez long-temps chaque fois pour que la congestion sanguine se manifeste, et le plus souvent tout rentre dans l'ordre avant qu'elle ait eu le temps de s'établir.

Cependant, si l'on en juge par quelques cas où les nerfs se trouvent placés assez superficiellement pour qu'on puisse à peu près reconnaître ce qui se passe là où se fait sentir la douleur périodique, il n'est point rare, quand celle-ci se répète un grand nombre de fois avec une intensité croissante, de voir paraître à chaque accès une congestion sanguine locale; mais cette congestion est légère et nullement en rapport avec l'intensité de la douleur. Cela prouve seulement, comme nous l'avons déjà observé pour les phlegmasies intermittentes externes, que l'irritation, quelle que soit sa nature, constitue un état morbide complexe, auquel prennent une certaine part tous les tissus élémentaires qui entrent dans la composition de l'organe affecté; cela prouve enfin que l'irritation intermittente nerveuse peut se compliquer de symptômes inflammatoires. Nul doute même que la névralgie périodique ne puisse se transformer en inflammation et en sub-inflammation, tout comme celles-ci peuvent dégénérer en affection nerveuse chez des individus très irritables, et dans certains cas où les éléments sanguin et lymphatique s'épuisent rapidement par une émission abondante et prolongée de fluides quelconques, sanguin, séreux ou séro-albumineux.

Les irritations intermittentes nerveuses se manifestent aussi souvent, et peut-être même plus souvent, à l'extérieur du corps que dans les viscères, sans doute parce que ceux-ci ne sont pas pourvus de cette grande quantité de cordons et de filets nerveux qu'on observe partout à la surface du corps, où ils sont en outre beaucoup plus exposés à l'action des causes occasionnelles. Les névralgies sont les plus fréquentes des irritations intermittentes externes après les inflammatoires, si toutefois elles n'égalent pas le nombre de celles-ci. On les observe spécialement dans les endroits du corps qui sont les plus voisins du cerveau, et où se distribue un grand nombre de filets nerveux très remarquables et très distincts les uns des autres, comme sur le front, les tempes, les régions maxillaires de la face, où se distribuent les trois branches de terminaison du nerf trijumeau. De là les noms de névralgies intermittentes *sus-maxillaire* et *sous-maxillaire*, *sus-orbitaire* ou *surcilière*, *temporale*, *hémicrânique* et *frontale*. D'autres noms indiquent pareillement le siége de plusieurs autres névralgies périodiques, comme ceux de *cervico-sub-occipitale*, *occipito-temporale*, *scapulo-humérale*, *iléo-scrotale*, *lombaire*, *fémoro-poplitée* ou *sciatique*. On a appelé *odontalgie*, *otalgie*,

celles qui affectent spécialement les filets nerveux dentaires et la corde du tympan.

La névralgie intermittente n'attaque point à la fois plusieurs nerfs différents et plus ou moins éloignés les uns des autres; elle se borne presque toujours à un seul nerf, et ne se montre chaque fois que dans un seul côté du corps. C'est ordinairement le côté droit qu'elle choisit de préférence. Cependant le côté gauche n'en est point exempt; elle passe également de l'un à l'autre côté du tronc ou des membres; cela peut arriver plusieurs fois et alternativement.

La durée d'un accès névralgique n'est point exactement limitée; mais elle est en général plus courte que celle des accès inflammatoires. C'est entre quelques minutes et quelques heures qu'on l'observe le plus ordinairement. Elle ne se soutient guère au-delà de trois ou quatre heures; il est extrêmement rare qu'elle se prolonge jusqu'à dix, douze et même dix-huit heures, comme dans l'observation sous le nº 119. Les accès névralgiques sont en général d'autant plus courts que la douleur qui les constitue est plus vive, plus déchirante, et que le système sanguin prend moins de part à la surexcitation du nerf malade.

Il n'y a rien de bien fixe pour les époques du jour et de la nuit où se déclarent les irritations périodiques nerveuses externes; cependant les heures de la journée qu'elles paraissent choisir de préférence se rencontrent le plus souvent dans la matinée, c'est-à-dire depuis cinq à six heures du matin jusqu'à midi. Ce sont principalement celles qui ont leur siége à la tête et dans les subdivisions du nerf trijumeau qui choisissent les heures dont il s'agit. Les névralgies lombaires et celles des membres inférieurs se montrent au contraire le plus souvent dans l'après-midi; il en est de même de celles qui tiennent à quelque dérangement des fonctions digestives, ou seulement à l'activité de ces fonctions, comme dans les observations sous les nºs 113 et 122, où les névralgies intermittentes se manifestent régulièrement après chaque repas.

Les névralgies intermittentes attaquent tous les âges, tous les sexes, toutes les constitutions. Mais il y a quelques unes de ces irritations, comme la sciatique, par exemple, qui ne commencent guère à se manifester que dans un âge mûr, et qui sont particulières aux personnes plus ou moins avancées en âge. On a dit que les femmes étaient plus sujettes aux névralgies externes que les hommes: les faits semblent prouver le contraire. Il est même

certain que plusieurs névralgies périodiques n'ont encore été observées que chez l'homme, telles sont la scapulo-humérale, la thoracique, l'iléo-scrotale, la crurale, etc. N'est-il pas d'ailleurs facile à concevoir que la plupart de ces nerfs étant chez les femmes abrités des impressions irritantes par une plus grande quantité de tissu cellulaire et de graisse, puissent être moins sujets aux affections dont il s'agit?

Causes. Les causes des irritations intermittentes nerveuses qui se développent à la surface du corps sont souvent ignorées, ou du moins il n'est pas rare que les malades ne sachent point à quoi en attribuer l'origine, et qu'ils ne nous apprennent rien ou presque rien à cet égard. Tout ce qu'on sait c'est qu'un tempérament nerveux, une constitution délicate et très irritable, des affections morales vives, etc., favorisent le développement de ces irritations. Elles sont fréquemment occasionnées par des impressions de froid, par certaines variations brusques et périodiques dans la température et la constitution atmosphérique; elles peuvent aussi tenir à l'exercice de quelques professions qu'exigent certaines positions forcées du corps, certains mouvements pénibles et plus ou moins répétés; il n'est pas rare, par exemple, que les compositeurs d'imprimerie ne soient sujets à des tics douloureux des muscles de la face. M. Chomel a reconnu toute l'influence du métier de tisserand chez un homme atteint d'une vive douleur à la région cervicale postérieure qui revenait par accès avec une rigidité tétanique des muscles de cette région, et cette rigidité était remplacée par une agitation convulsive qui portait la tête dans le sens de la flexion et de l'extension de la manière la plus rapide et la plus fatigante (1). Les névralgies périodiques externes peuvent encore être provoquées sympathiquement par la lésion des viscères et en particulier des organes digestifs, comme dans les observations sous les n°s 116, 122 et 130. Enfin ces affections peuvent provenir de causes internes et externes très variables, et parfois très légères suivant la susceptibilité et la prédisposition des individus.

Symptômes. — Les symptômes des névralgies intermittentes sont assez difficiles à caractériser, puisqu'il n'y a souvent rien à l'extérieur du corps qui indique matériellement leur existence, surtout lorsqu'il n'y a que peu de temps qu'elles se sont mani-

(1) *La clinique des hôpitaux de Paris*, t. II, 1827.

festées. Le médecin n'a guère pour reconnaître la maladie dont il s'agit que le rapport du malade, et la sensation aiguë, vive, déchirante, qu'il éprouve sur une partie correspondante à un nerf presque toujours superficiel et connu. Cette douleur, après quelques minutes, quelques heures, disparaît pendant un certain temps et revient à des époques déterminées. Elle suit ordinairement le trajet du nerf, et y développe parfois un peu de rougeur et de gonflement quand les capillaires sanguins et les vaisseaux blancs, partout entrelacés avec les nerfs, prennent part à leur irritation; ces congestions inflammatoires ou subinflammatoires ne se manifestent guère d'une manière bien sensible que dans les irritations nerveuses des membres et qu'après un certain nombre d'accès très violents et très prolongés. C'est tantôt sur le lieu même de la douleur, tantôt à quelque distance de là que ces congestions se développent. La névralgie périodique présente aussi quelquefois, dès son début, une sensation de chaleur, plus souvent celle d'un froid assez sensible, et une espèce d'engourdissement dans la partie affectée; de là les noms de *fièvre locale*, de *pyrexie limitée*, que lui donnent quelques médecins. A ces symptômes il faut ajouter une sorte d'agitation et de spasme, parfois des contractions involontaires dans les muscles auxquels se distribue le nerf malade. Pendant les accès névralgiques externes, l'appétit est ordinairement nul, et le trouble des fonctions digestives plus ou moins sensible; cependant lorsque les douleurs qui constituent ces accès ne sont pas très vives et très intenses, les malades conservent parfois leur appétit, comme on le voit dans l'observation sous le n° 123. Le plus ordinairement les fonctions digestives sont languissantes, si elles ne sont tout-à-fait incapables de s'exercer pendant toute la durée des accès névralgiques; mais en général elles ne tardent pas à rentrer dans leur état normal aussitôt que la douleur et l'irritation nerveuse ont disparu.

Quoiqu'elle constitue presque toujours une affection purement locale, cependant il peut arriver que la névralgie périodique externe soit précédée ou accompagnée de malaise général, de lassitudes, de frisson, de dégoût, de vomissements, en un mot de phénomènes sympathiques fébriles et gastriques assez marqués. Cette circonstance a servi de prétexte à quelques médecins pour convertir toute irritation nerveuse qui revient par accès, en *fièvre larvée*, et pour en rechercher constamment la cause

principale dans le mauvais état des premières voies! Nous ne rappelons cette opinion exclusive que pour en prendre ce qu'il a de vrai, c'est-à-dire pour reconnaître que l'estomac souffre très souvent d'une manière sympathique dans les névralgies intermittentes externes; mais il est assez rare que cet organe soit affecté primitivement et devienne l'unique ou principal agent provocateur de ces irritations.

Quant à l'intermittence des névralgies périodiques externes ou à la circonstance de leur disparition et de leur retour par accès, elle est presque toujours bien tranchée; c'est-à-dire que l'intervalle de temps qui sépare les accès névralgiques est presque constamment marqué par l'absence de toute espèce de douleur et par une santé parfaite. Les types d'intermittence que peuvent offrir les névralgies externes sont à la fois très multipliés et sujets à beaucoup de variations. Parmi les faits que nous avons recueillis nous trouvons les types quotidien, bi-quotidien, tierce, double tierce, quarte, octane, quindécimane, mensuel, trimensuel et annuel. Les névralgies peuvent encore présenter un double type d'intermittence, savoir : un type dont les accès sont plus ou moins rapprochés, comme le type quoditien, tierce ou quarte; puis un type à accès beaucoup plus éloignés les uns des autres, comme de vingt jours, d'un mois, de six mois, d'un an et plus; comme dans les observations sous les nos 121 et 138. Les névralgies périodiques peuvent aussi changer le type d'intermittence et en présenter successivement plusieurs différents; elles peuvent passer du type intermittent au type rémittent, *et vice versâ.* Les faits rapportés sous les nos 118, 121, 127, 137, 138 et 139 offrent des variétés de ce genre.

Le pronostic des névralgies périodiques externes n'est point en général fâcheux. Leur gravité est relative à l'âge, au climat, au degré de susceptibilité ou d'irritabilité des malades, et par suite à l'ébranlement sympathique plus ou moins prononcé qui en résulte dans les viscères, surtout du côté du cerveau et de la moelle épinière. Une névralgie intermittente frontale, temporale, occipitale, etc., n'est grave que dans les cas où elle est accompagnée de symptômes cérébraux assez intenses pour faire craindre que, dans un nouvel accès, l'irritation ne se porte entièrement sur quelques points du cerveau ou de ses membranes. Les chances d'une prompte guérison sont en raison inverse du nombre et de l'intensité des accès névralgiques.

La terminaison des névralgies périodiques a lieu assez ordinairement sans qu'on observe de phénomènes critiques bien sensibles. Quelquefois cependant il y a des sueurs partielles ou générales; les urines sont plus ou moins abondantes, et déposent un sédiment briqueté. Après les accès névralgiques, les malades restent souvent un peu faibles, abattus, enclins au sommeil, auquel ils manquent rarement de se livrer, sans doute à cause du besoin qu'éprouve l'économie de reprendre le calme fonctionnel de la santé et de réparer des forces épuisées par la douleur. C'est une chose surprenante, mais indubitable, que cet épuisement considérable des forces qui est la suite d'une simple douleur nerveuse, toutes les fois que cette douleur est très vive et un peu prolongée; cet épuisement sans perte de substance peut aller même quelquefois, et assez rapidement, jusqu'à la prostration la plus grande et à l'adynamie la plus complète, suivant la disposition et l'irritabilité des malades.

Traitement. — La première idée qui se présente quand on est appelé auprès d'un malade atteint d'une névralgie intermittente très intense, c'est de lui procurer un prompt soulagement, c'est de calmer l'accès actuel par les potions antispasmodiques et narcotiques les plus efficaces. Il est rare qu'on emploie ces moyens à l'extérieur, parce que leur action parvient difficilement jusqu'au nerf malade; cependant on a recours quelquefois aux fomentations avec une décoction de feuilles de morelle, de jusquiame, à diverses applications opiacées et camphrées. Quand il n'y a pas contre-indication, la voie d'administration la plus prompte et la plus efficace est toujours celle de l'estomac : c'est ordinairement dans quelques infusions de fleurs calmantes d'oranger, de tilleul, de coquelicot, etc., qu'on fait entrer l'éther, l'opium, les extraits de valériane, de jusquiame. M. Blaud (1), qui a traité un grand nombre de névralgies intermittentes, régulières et irrégulières, a observé que les premières cèdent facilement à l'emploi seul du quinquina ou du sulfate de quinine, tandis que les secondes ou les névralgies de type irrégulier, résistent presque toujours à ce moyen. Il a employé avec succès contre celles-ci un mélange de deux grains d'extrait de jusquiame et de valériane et d'un grain d'oxide de zinc, donné toutes les deux heures dans un liquide approprié. Les pilules de Méglin qui ont été souvent administrées

(1) *Bibliothèque médicale*, t. II, 1828.

avec succès contre les névralgies de la tête, sont un composé tout-à-fait semblable au mélange dont nous venons de parler. MM. Récamier et Martinet ont employé avec succès l'essence de térébenthine contre les affections dont il s'agit.

La plupart des moyens externes dirigés contre les névralgies périodiques sont pris dans la classe des révulsifs et des irritants cutanés ; assez ordinairement on les applique sur le lieu même de la douleur, comme les frictions avec un liniment ammoniacal camphré, avec la teinture de cantharides ou le baume de Fioraventi ; puis les emplâtres de savon noir, les oreillons, les vésicatoires volants, l'acupuncture et même la cautérisation dans certains cas graves où l'on pourrait craindre que l'irritation externe ne se portât sur la moelle épinière ou sur le cerveau. C'est ainsi que, chez le tisserand dont nous avons parlé, M. Chomel obtint une prompte guérison par une double cautérisation pratiquée de chaque côté du ligament cervical postérieur. De nombreux succès résultent aussi de l'application des sangsues et des ventouses scarifiées sur le trajet du nerf douloureux, quelquefois sur un autre point, et surtout à l'anus, à la vulve, quand on a pour but de rappeler les écoulements hémorroïdal et menstruel. Il ne faut jamais négliger l'emploi des moyens antiphlogistiques dans tous les cas où la névralgie se complique de quelques symptômes inflammatoires ; car ces moyens peuvent alors suffire à la guérison des malades, comme dans l'exemple rapporté sous le nº 121. Au reste, l'efficacité des sangsues et des ventouses scarifiées est facile à concevoir dans les cas dont il s'agit, parce que ces moyens agissent à la fois comme antiphlogistiques et comme révulsifs.

Il ne faut jamais perdre de vue que le succès des moyens employés contre les névralgies intermittentes externes, comme pour toutes les autres maladies, dépend toujours beaucoup de leur choix approprié à tel ou tel cas, et de certaines modifications apportées dans leur application, suivant les circonstances. Il faut bien convenir aussi qu'on attribue parfois à l'efficacité de ces moyens ce qui n'est que le résultat de la marche ou du type ainsi réglé de la maladie elle-même. Il y a des cas où, sans qu'on eût rien fait, l'accès névralgique se serait également terminé, et où sa récidive eût été prévenue à l'époque où on l'attendait, comme le prouve la névralgie surcilière quarte sous le nº 13. Si l'on avait retardé d'un accès à employer l'acupuncture, et que son effet eût été ce

qu'il fut la première fois qu'on employa ce moyen, on n'aurait pas manqué de lui attribuer exclusivement la guérison du malade. Ce fait prouve qu'on ne saurait être trop circonspect quand il s'agit de décider si c'est à l'emploi des moyens thérapeutiques ou seulement à la nature que doit être attribuée la cessation brusque d'une affection nerveuse quelconque. Chez le malade dont il s'agit, l'acupuncture soulagea beaucoup la première fois qu'on l'employa; la seconde fois au contraire ce moyen ne fit qu'exaspérer les douleurs, et pourtant le nouvel accès névralgique qu'on attendait ne reparut point, parce que, d'après l'histoire de la maladie, la dernière récidive datait de dix-huit ou vingt jours, et qu'à toutes les récidives antérieures la névralgie avait également cessé de revenir dès la même époque, parce qu'elle présentait un double type d'intermittence auquel on ne fit point attention.

En général les moyens calmants, révulsifs ou autres, employés durant les accès névralgiques, ne font guère que modérer ou abréger les douleurs actuelles, mais ils n'empêchent point leur retour; pour le prévenir, c'est toujours le quinquina ou le sulfate de quinine qui a été reconnu le moyen le plus efficace et le plus sûr dans tous les cas. M. Arloing a employé avec succès le vin dit de Séguin, qui est un vin de quinquina. On a également employé avec avantage, comme moyen prophylactique, la potion stibio-opiacée de Peysson : les observations sous les nos 113, 114, 125 et 126 nous en offrent des exemples. On a aussi quelquefois obtenu la guérison des névralgies périodiques externes par l'administration du sulfate de fer, comme dans l'observation sous le no 123. Presque toujours on emploie les moyens dont il s'agit sans crainte d'irriter l'estomac, qui, dans l'intervalle des accès névralgiques, se trouve dans le meilleur état possible; quelquefois cependant, eu égard à quelques symptômes d'embarras gastriques, des praticiens ont jugé convenable, comme dans les observations sous les nos 116 et 130, d'administrer des évacuants avant d'en venir au quinquina; mais pour peu que l'irritabilité générale et surtout gastrique soit développée, ces moyens sont plutôt nuisibles qu'utiles, comme on le voit dans le fait rapporté sous le no 121.

L'usage des remèdes antipériodiques ou prophylactiques, quelque empirique qu'il soit, n'en est pas moins très efficace; l'expérience a constaté leur singulière propriété de prévenir le

retour des accès névralgiques comme ceux des autres espèces d'irritations intermittentes. Mais pour obtenir cet heureux résultat, il faut toujours les employer à une époque qui ne soit pas trop éloignée de celle du prochain accès, et de manière que la dernière dose soit prise deux ou trois heures avant le retour présumé de cet accès. Il est un autre précepte également fondé sur l'expérience qui en a souvent constaté les heureux effets, c'est celui d'associer l'opium au quinquina dans le traitement des névralgies périodiques : par cette union l'on est parvenu à en guérir bon nombre qui avaient résisté à l'un et à l'autre de ces moyens pris séparément, comme dans les observations sous les nos 137 et 140. Dans certains cas de névralgie avec dyspepsie très marquée, comme dans l'exemple rapporté sous le no 122, il est avantageux d'associer l'oxide de bismuth au sulfate de quinine ; il s'agit dans ce cas d'une névralgie sous-maxillaire quotidienne qui avait résisté à l'emploi du sulfate de quinine et qui céda à la combinaison de seize grains d'oxide de bismuth sur huit grains de quinine, donnés dans un liquide approprié et en plusieurs doses durant l'intermission. Enfin, si l'état de l'estomac contre-indiquait l'ingestion des médicaments dont il s'agit, ou si on avait affaire à des malades dont on ne pût vaincre la répugnance, on pourrait les administrer en lavements, en frictions à la surface de la peau, et mieux encore sur quelques points dépouillés de son épiderme, ou selon la méthode endermique : nous rapportons un succès de ce genre dans l'observation sous le no 120 ; nous donnerons plus tard quelques détails sur les avantages et les inconvénients de cette méthode. Enfin, il y a des exemples de douleurs périodiques externes qui ont résisté à tous les moyens antiphlogistiques et anodins, et contre lesquels l'administration méthodique du quinquina n'a produit aucun effet avantageux ; M. Brachet, de Lyon, sous le no 129, nous en offre un exemple remarquable chez une jeune personne nerveuse. Ce praticien soupçonnant que, chez sa malade, l'accès nerveux était invinciblement ramené par l'appréhension qu'elle avait de ses douleurs lombaires, imagina d'occuper vivement son moral pendant tout le temps de l'accès, en fixant son attention sur un sujet gai, agréable et très satisfaisant pour elle ; ce moyen ayant prévenu un premier accès, on le continua les jours suivants, et la guérison fut complète. C'est ainsi qu'en pareil cas, et chez des personnes éminemment nerveuses, l'on peut employer

avec succès l'électricité et le magnétisme. M. Deleuze préconise surtout ce dernier moyen dans la plupart des irritations nerveuses périodiques, rémittentes ou intermittentes.

OBSERVATIONS QUI PROUVENT L'EXISTENCE DES IRRITATIONS INTERMITTENTES NERVEUSES EXTERNES.

Névralgie sous-maxillaire bi-quotidienne.

Nº **113**. Le soir du 28 août, M. G.-B., âgé de cinquante-quatre ans, d'un tempérament bilioso-nerveux, me consulta pour une douleur des plus violentes qu'il éprouvait depuis plus de trois ans dans le côté droit du menton, laquelle paraissait partir du trou mentonier, et se renouvelait tous les jours périodiquement une heure ou une heure et demie après ses deux repas, mais surtout après le dîner. Cette douleur s'étendait aux lèvres, aux dents, à toute la mâchoire, à la langue, à l'oreille du même côté, et sa violence était telle qu'elle obligeait le malade à faire des gestes si extraordinaires, effets des spasmes et tremblements convulsifs des muscles de la face, que les personnes qui se trouvaient auprès de lui croyaient qu'il allait tomber atteint d'une véritable attaque d'épilepsie; mais jamais il ne perdit entièrement connaissance et ne se laissa tomber à terre, malgré l'extrême intensité de quelques accès et leur durée, qui était quelquefois de plusieurs minutes.

Déjà cet infortuné avait fait usage contre cette terrible maladie de tous les remèdes regardés comme les plus efficaces par les auteurs dans les cas semblables, sans oublier les exutoires. Quant à moi, je commençai par ordonner l'application de huit sangsues sur le lieu même d'où partait la douleur; elles saignèrent beaucoup et parurent soulager assez le malade pendant deux jours; mais aux troisième et quatrième, l'accès reparut avec violence, et aux cinquième, sixième et septième, il fut tout aussi fort qu'auparavant. Huit jours après l'application des sangsues, je commençai à faire usage de la potion stibio-opiacée: chaque matin, pendant cinq jours, le malade en prit six cuillerées. L'accès commença à diminuer de durée et d'intensité dès le second jour de l'emploi de ce médicament, et il manqua totalement le sixième; le malade n'en ayant point pris ce jour-là, l'accès reparut encore le lendemain, mais avec peu de violence; il alla successivement en augmentant le huitième et le neuvième jour, où le malade étant revenu me voir, je lui fis reprendre l'usage de la potion de la même manière qu'auparavant pendant six jours; on la continua encore les douze jours suivants en dose décroissante, et la névralgie n'a pas récidivé. Le malade conserve seulement du côté qui a été affecté une certaine sensibilité qui augmente un peu par l'action du chaud, du froid, ou de quelque autre impression forte. (Hurtado, *Annales de la méd. phys.*, 1824.)

Névralgie fémoro-poplitée bi-quotidienne.

Nº **114**. Le capitaine d'infanterie, don Jérome Huerta, âgé de quarante-neuf ans, d'un tempérament bilieux, éprouvait depuis plus d'un an une douleur insupportable depuis l'échancrure sciatique jusqu'au pli du jarret, s'étendant sur la fesse et la partie postérieure de la cuisse gauche. Cette douleur, accompagnée de claudication et d'atrophie de la cuisse, paraissait le matin de dix heures à midi, et principalement le soir de cinq à dix heures.

On avait employé pour la guérir tous les stimulants tant internes qu'externes que possède l'art contre le rhumatisme chronique, maladie à laquelle

on croyait avoir affaire. La douleur cédait seulement pour le moment à ces stimulants, comme elle cédait également à l'action de l'opium et à celle d'un vésicatoire ou autre vésicant de la peau placé sur le trajet du nerf fémoral.

Cependant le malade, convaincu du court effet de certains remèdes et de la complète insuffisance des autres, n'en voulut plus employer, se contentant seulement de prendre de l'opium quand la douleur le tourmentait. Malgré sa résolution, lui ayant assuré que sa maladie n'était pas un rhumatisme comme on le croyait, et qu'on pouvait la guérir au moyen d'un remède fort simple et très facile à prendre, je le décidai à faire usage de la potion stibio-opiacée. Il commença par une cuillerée, sept quarts d'heure après une seconde, la troisième à une heure et demie de celle-ci, et successivement en diminuant l'intervalle de chaque cuillerée de quinze minutes, jusqu'à ce qu'il n'y eût plus entre elles qu'une demi-heure. Il en prenait ainsi jusqu'au moment de l'accès.

Au troisième jour de l'usage de ce remède, accompagné d'un régime adoucissant, je remarquai déjà quelque retard dans l'apparition du paroxysme et une diminution dans sa force et sa durée; l'amélioration fut bien plus grande encore au huitième jour, et la cure fut complète au onzième. Depuis lors le malade, pendant quinze jours, continue à prendre une cuillerée et demie de la potion trois fois dans les vingt-quatre heures, et toujours aux époques correspondantes aux intervalles des paroxysmes. Depuis mai 1822, où il cessa de faire usage de ce remède, jusqu'en août 1823, où j'ai rédigé cette observation, le malade n'a pas éprouvé la moindre incommodité. (*Id. ibid.*)

Céphalalgie intermittente quotidienne. (Febris larvata de Morton, fièvre pernicieuse de M. Alibert.)

N° 115. Durant l'année 1690, ayant été saisi par le froid, je fus bientôt attaqué pendant quatre jours d'une chaleur extraordinaire de la face, qui revenait périodiquement, et qui était suivie d'une hémicrânie cruelle; cette douleur occupait le côté gauche de la tête, et commençait tous les jours à huit heures du matin, et durait jusqu'à cinq heures du soir : je me portais bien d'ailleurs; j'avais bon appétit, et je me livrais à mes occupations ordinaires.

Sachant que cette maladie avait été souvent très opiniâtre, et même rebelle à un grand nombre de moyens employés contre elle, tels que les saignées, les vésicatoires, les ventouses, les errhins, les masticatoires, les cathartiques, les émétiques, etc., et soupçonnant qu'elle était due à une *fièvre intermittente cachée*, car je ne trouvai sur moi aucun indice de fièvre, je me fis d'abord pratiquer une saignée de douze onces au bras gauche, et je pris ensuite une once de quinquina en deux jours. Je n'avais pris encore que cinq gros de ce médicament, lorsqu'il me survint le lendemain une nouvelle attaque d'hémicrânie, mais beaucoup plus supportable; elle revint exactement à la même heure qu'auparavant.

Le jour suivant je fus entièrement délivré de ma douleur. Elle ne reparut qu'au bout de trois semaines : je l'attaquai, et la dissipai de nouveau par l'usage d'une demi-once de quinquina. Deux semaines après je pris encore de cette écorce comme moyen prophylactique, et je n'ai plus rien ressenti. (Morton, *opera omnia*, obs. 27.)

Ce célèbre praticien ajoute à la fin de son observation, qu'il a traité et guéri de la même manière une hémicrânie tout-à-fait semblable chez une dame.

Autre céphalalgie avec le même type. (Febris larvata.)

No 116. Une fille, âgée de trente-quatre ans, ayant éprouvé pendant vingt jours une perte d'appétit très marquée et des frissons qui alternaient avec des mouvements de chaleur, se fit saigner sans demander conseil. Elle se trouva plus mal. Il lui survint une douleur de tête qui, depuis midi jusque bien avant dans la nuit, augmentait considérablement, avec des frissons et une chaleur très incommode dans la soirée. Elle avait des envies de vomir, de l'amertume dans la bouche, des rapports amers. La malade ayant pris de l'émétique, vomit beaucoup de matières bilieuses, et eut quelques selles. Le jour suivant, après midi, la douleur vers les tempes et le sommet de la tête reparut avec des frissons et une sueur froide générale. Cette céphalalgie qui, dans les premiers jours, avait fait souffrir cruellement la malade, devint plus courte et moins forte; elle céda bientôt à l'administration du quinquina. (Stoll, *Médecine pratique*, mai 1776.)

Autre céphalalgie quotidienne.

No 117 Théonie Paul..., âgée de dix ans, bien constituée, jouissant habituellement d'une bonne santé, se plaint, le 10 avril, sur les huit heures du matin, d'un grand mal de tête qui occupe l'arcade surcilière et la tempe du côté droit. La douleur continue jusqu'à trois heures du soir et disparaît totalement. Le lendemain, retour de la céphalalgie et sa disparition aux mêmes heures. Les jours suivants la conjonctive devint rouge, et il y eut larmoiement pendant la durée de l'accès. Appelé le 17, je trouvai la malade dans son accès, qui ce jour-là et la veille seulement avait débuté par un peu de froid dans le dos. Elle avait de la chaleur à la peau, et le pouls était fébrile. La langue était belle, et l'enfant mangeait avec appétit quand elle ne souffrait plus. Je prescrivis cinq onces de vin de Séguin, d'une cuillerée et demie chaque, à prendre d'heure en heure entre les accès. Le 18, la malade n'éprouve point de froid; la céphalalgie est moins forte; il n'y a ni rougeur à l'œil, ni larmoiement. Quatre prises de vin de Séguin. Le 19, l'accès manque; le vin est continué. (Arloing, *Journal général de médecine*, t. LVIII.)

Névralgie rémittente et intermittente quotidienne.

No 118. Mademoiselle ..... âgée de vingt ans, d'une forte constitution, d'une santé ordinairement bonne, fut prise, au mois de janvier 1834, d'une manière soudaine, d'une violente céphalalgie accompagnée de chaleur au front, de pesanteur à la tête, de rougeur au visage; la peau était chaude, le pouls plein, dur, très régulier. Ces symptômes cérébraux n'avaient pas alors d'intermittence bien prononcée, mais simplement des rémissions; les exacerbations étaient parfois intolérables, et ne coïncidaient aucunement avec le trouble de la fonction menstruelle. Pendant les quinze premiers jours on s'en tint à une médecine simplement expectante qui n'apporta aucun soulagement. Alors trois sangsues sont appliquées sur le trajet de la saphène interne, au niveau des malléoles. A mesure que les sangsues s'emplissaient et que leurs piqûres donnaient du sang, les symptômes de congestion cérébrale disparaissaient. Ils se dissipèrent aussitôt complétement, et la malade jouit alors d'une parfaite santé.

Après un mois de calme et de santé parfaite, la tête devint de nouveau le siége de douleurs très violentes; mais cette fois elles parurent différer des premières. Elles n'envahissaient pas la totalité de la tête, et ne partaient pas constamment du même point. Tantôt elles se faisaient sentir sur l'une des tempes seulement, tantôt sur les deux à la fois. Dans quelques circonstances, elles se fixaient sur le sommet de la tête, le long de la suture sagittale; dans

d'autres, elles occupaient toute la région occipitale; quelquefois elles naissaient de l'oreille ou d'une des mâchoires inférieures, et s'irradiaient de là à toute la voûte crânienne. Du reste, ces douleurs étaient atroces, intolérables. La malade sentait sa tête se fendre ou se déchirer par un tiraillement horrible. Ces douleurs étaient soulagées par une forte et longue pression des mains, ou par un chatouillement exercé doucement avec la pulpe des doigts sur toute la périphérie du cuir chevelu. Ces douleurs névralgiques, nulles ou à peine sensibles pendant la journée, revenaient régulièrement tous les soirs vers les dix ou onze heures. D'abord légères, elles s'aggravaient peu à peu et arrivaient promptement à leur plus haute intensité. Les accès duraient quelquefois deux ou trois heures, entremêlés de quelques instants de calme et d'un sommeil agité; d'autres fois ils se prolongeaient toute la nuit sans interruption. Pendant les plus fortes douleurs le pouls était petit, faible, fréquent, irrégulier et intermittent. En même temps le cou était saisi par une contraction très pénible, et tous les membres par des agitations, des contractions spasmodiques. Pendant la durée des accès, la température de la tête n'était pas sensiblement augmentée, le visage n'était pas rouge, et rien n'annonçait de congestion du cerveau.

Pendant un mois on se borna à une médication expectante qui, loin d'améliorer l'état de la malade, ne fit que l'exaspérer. Une époque menstruelle avait eu lieu sans modifier en rien les symptômes de la tête. Alors on commença l'administration du sulfate de quinine, mais à la dose de six grains par jour. Cette médication continuée pendant quinze jours n'eut d'autre effet que de retarder l'heure du paroxysme et d'en abréger la durée. Quinze jours s'écoulèrent encore sans amélioration, et une évacuation menstruelle eut lieu sans influence favorable. Les accès névralgiques furent cependant un peu calmés par des applications narcotiques qui permettaient à la malade de jouir de quelques instants de repos.

Un soir, l'accès ayant commencé avant l'heure, les symptômes se prolongèrent toute la nuit sans interruption et avec une violence extraordinaire que rien ne put diminuer. Une saignée pratiquée sur-le-champ produisit une légère détente; mais le lendemain et les jours suivants la douleur n'en revint pas moins comme à l'ordinaire. Ce fut alors qu'on commença l'administration du sulfate de quinine à haute dose. Seize grains de ce sel furent pris dans la journée, et dès le soir même l'accès retarda de deux heures et ne dura que deux heures. Le lendemain, même dose; l'accès fut à peine sensible, et ne reparut pas le troisième jour. Dès ce moment la névralgie s'est complétement dissipée; le sulfate de quinine fut néanmoins continué pendant les quatre jours suivants à la même dose et de la même manière. (M. Gué., *Bulletin médical de Bordeaux.*)

Céphalalgie, type quotidien.

N° 119. J'ai vu, en juillet 1806, une femme de Betène, âgé de quarante-huit ans, atteinte d'une douleur de tête, dont le retour périodique arrachait chaque jour, pendant dix-huit heures, des cris perçants, sans aucune fréquence fébrile dans le pouls; un vésicatoire placé à la nuque, vers le déclin d'un accès, n'eut qu'un succès apparent.

La douleur reparaissant le lendemain aussi insupportable que le jour précédent, le mari de la malade vint me demander quelque moyen de soulagement; je conseillai, en attendant que la fin du paroxysme me permît d'administrer le quinquina, un grain d'opium trituré avec dix grains de café torréfié, dans quatre cuillerées d'eau sucrée, à prendre de demi-heure en demi-heure. Ce moyen ayant sensiblement calmé les douleurs, fut répété les deux jours suivants avec un succès qui m'a dispensé de recourir à l'écorce

fébrifuge. La malade a éprouvé la vertu calmante de l'opium, sans ressentir ses effets narcotiques. (Labonnardière, *Journal général de médecine*, t. XXXIV.)

Névralgie sus-orbitaire quotidienne.

N. 120. Le nommé Chevignac, âgé de vingt-trois ans, fut atteint d'une hémicrânie, tandis qu'il était convalescent d'une gastro-entérite. Pendant dix jours, elle se fit sentir depuis cinq heures du matin jusqu'à midi. Des douleurs lancinantes et de violents battements se développèrent au-dessus de l'œil droit. Il est à noter que cette maladie se manifesta au printemps, et que, depuis environ six ans, le malade éprouvait à la même époque un peu de surdité à droite, et que les paroles retentissaient alors douloureusement dans ses oreilles. Lorsque l'hémicrânie se fit sentir, l'état du canal digestif ne parut pas assez satisfaisant pour administrer le sulfate de quinine à l'intérieur; un vésicatoire fut appliqué à la nuque. Le lendemain, l'hémicrânie parut comme à l'ordinaire. Six grains de sulfate de quinine déposés sur la plaie du vésicatoire déterminèrent la guérison. (Lembert, *Essai sur la méth. enderm.*, 1828.)

Névralgie frontale, type quotidien et annuel.

N° 121. Un jeune homme, âgé de treize ans, d'un tempérament sanguin, d'une bonne constitution, jouant à la balle en plein air et au soleil, fut attaqué subitement, en 1815, d'une douleur très vive, qui partit de l'arcade sourcilière du côté droit, se répandit sur le front, et s'étendit plus ou moins vers le sommet de la tête du même côté; la paupière supérieure et l'œil correspondant devinrent aussi très douloureux; l'œil était rouge et d'une sensibilité extrême. Au bout de plusieurs heures tous ces symptômes disparurent. Cette névralgie est revenue plusieurs fois, avec tous les phénomènes indiqués, durant les années 1815 et 1816, mais sans présenter de régularité dans ses retours. Au mois de juin 1817, ce jeune homme fut repris, sans cause connue, de sa névralgie frontale; les douleurs qu'il ressentait au sourcil, sur le front et dans la cavité orbitaire droite, étaient atroces; il éprouvait dans cette cavité un sentiment de gêne et de pesanteur tel qu'il lui semblait que son œil droit avait triplé de volume; la conjonctive était injectée, douloureuse; il y eut un larmoiement abondant pendant presque toute la durée de cet accès, dont les symptômes commencèrent à deux heures après-midi, et se soutinrent jusqu'à sept heures du soir; les douleurs furent si violentes, qu'au dire du malade il ne pouvait se tenir debout, qu'il se roulait par terre et se frappait la tête contre le sol. A sept heures, la douleur diminua beaucoup d'intensité, et les autres symptômes se dissipèrent si promptement, qu'à neuf heures du soir tout était rentré dans l'état naturel; il n'y avait plus de céphalalgie sus-orbitaire, plus de rougeur, plus de douleur à l'œil. Le lendemain, retour et disparition aux mêmes heures de la névralgie et de tous les autres symptômes; mais leur intensité fut moins grande et les douleurs plus supportables; il en fut de même des autres accès, qui se répétèrent encore régulièrement pendant plusieurs jours consécutifs.

En juin 1818, retour de la névralgie, retour des mêmes symptômes d'irritation sur l'œil correspondant, et répétition, pendant plusieurs jours consécutifs, des mêmes phénomènes qui duraient, chaque fois, six ou sept heures; mais c'est le côté gauche qui, cette fois, fut attaqué pour la première fois.

En juin 1819, l'affection dont il s'agit s'est de nouveau manifestée sur le côté droit avec le même cortége de symptômes qu'auparavant. Enfin, au mois de décembre 1819, une scène absolument semblable aux précédentes s'est encore

reproduite sur le côté gauche de la tête et sur l'œil correspondant ; les accès, qui commençaient toujours vers deux ou trois heures de l'après-midi, se terminèrent constamment vers les huit ou neuf heures du soir. Chaque fois que cette névralgie frontale reparaissait après l'intervalle d'un an ou de six mois, elle continuait à revenir pendant plusieurs jours de suite. En 1819, ces accès se répétèrent régulièrement pendant sept ou huit jours. Les premiers accès étaient, en général, beaucoup plus violents que les derniers. Il n'y a point eu de traitement contre cette affection jusqu'au mois de novembre 1819. Cette dernière fois, on l'attaqua par un vomitif, qui, loin de soulager le malade, ne fit que rendre ses douleurs plus insupportables; quelques applications de sangsues produisirent un amendement marqué dans les symptômes, sans empêcher le retour des accès qui, après s'être répétés une huitaine de fois, laissèrent le malade en aussi parfaite santé qu'auparavant.

Ce fait nous a été communiqué par notre ami, le docteur P. Burnier-Fontanel, qui l'a observé chez un frère de la jeune personne dont il est parlé sous n° 14. Il est à remarquer qu'une troisième personne de la même famille, et frère des précédents, éprouve aussi de temps à autre une hémicrânie, mais dont les retours ne présentent pas une régularité bien marquée.

M. Percy a observé une céphalée intermittente quotidienne, qui avait résisté à un grand nombre de remèdes, et qu'il guérit par la poudre de kina, donnée en guise de tabac.

Névralgie intermittente sous-maxillaire, type quotidien.

N° 122 Une demoiselle, âgée de vingt-six ans, d'un tempérament sanguin, douée d'une grande sensibilité, éprouva, dans le mois de décembre 1821, des douleurs très vives qui commençaient ordinairement a l'orifice du trou mentonier gauche ; la douleur s'étendait dans les premiers temps aux lèvres, aux alvéoles ; sur la fin, elle se prolongeait jusqu'aux tempes et à l'oreille externe du même côté. Pendant l'accès, la figure de cette demoiselle était très tiraillée, et offrait l'image d'une grande douleur. Il y avait même dans le moment des plus violents accès, des tiraillements convulsifs des membres supérieurs. Des sangsues furent appliquées derrière les oreilles et près de l'angle de la mâchoire, sans procurer de soulagement; des dents qui étaient cariées furent extraites sans succès; on appliqua, soit aux tempes, soit sur l'angle de la mâchoire, des emplâtres avec l'opium. On employait en même temps des pédiluves sinapisés; et à l'intérieur, la malade prenait des calmants et des antispasmodiques. Ces moyens ne produisirent qu'un soulagement momentané; elle fut mise à l'usage de la potion effervescente de Rivière. Ce moyen diminua et l'intensité et la durée de l'accès qui reparaissait chaque jour après le repas; je soupçonnai en conséquence que cette douleur pouvait être sympathique, et dépendre d'un état particulier de l'abdomen. Je la mis à l usage du sulfate de quinine, qui, continué pendant quatre jours, ne produisit que peu de diminution dans les souffrances. J'associai ce médicament à l'oxide de bismuth, que j'ai employé si souvent avec succès dans les dyspepsies nerveuses. La malade prit seize grains par jour de ce dernier médicament avec huit grains de sulfate de quinine, répartis en deux doses. Ce moyen réussit parfaitement : dans l'espace de huit jours mademoiselle... fut délivrée de ses douleurs de tête. On continua pendant quelques jours l'usage de ces remèdes ; les digestions devinrent plus faciles, et elle reprit son embonpoint. (Carron, *Journ. génér. de méd.*, t. LXXXIII.)

Otalgie quotidienne.

N° 123. Madame B***, âgée de vingt-six ans, d'une forte constitution, d'un tempérament nerveux et bilieux, éprouvait depuis huit jours une douleur violente dans l'oreille gauche, qui s'étendait aussi vers le même côté de la tête et de la mâchoire inférieure. Cette douleur revenait chaque jour à une heure après midi, et cessait à onze heures du soir. La malade ne sentait au début de ces accès ni froid, ni lassitude, mais la peau était brûlante, le pouls fréquent, l'appétit excellent. Le 2 avril, jour où je la vis, j'ordonnai un demi-gros de sulfate de fer dissous dans deux verres d'eau, à prendre le lendemain pendant l'intermittence, à cinq heures d'intervalle. Le premier verre pesa un peu sur l'estomac; l'accès n'eut pas lieu. Les règles étant survenues, je fis cesser l'usage du sulfate, et quoique la malade n'ait pas voulu en reprendre après l'époque de ses règles, l'otalgie n'est pas revenue. (Arloing, *mémoire cité.*)

Odontalgie quotidienne.

N° 124. Madame de V***, âgée de vingt-huit ans, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, sujette depuis plusieurs années à une douleur vague de rhumatisme, fut prise dans les premiers jours d'août 1812, d'un mal de dents qui débutait tous les jours, à dix heures du matin, par un froid léger et des douleurs contusives dans tous les membres. Bientôt il se faisait sentir au côté droit de la mâchoire inférieure, traversait, pour me servir de l'expression de la malade, toutes les dents correspondantes, gagnait la face jusque sur le côté du nez, ainsi que la tempe et le front. La douleur était très forte à midi, et ne disparaissait entièrement qu'à dix heures du soir. Pendant toute la durée de l'accès, il y avait de la fièvre; la peau était brûlante, et la malade très altérée. L'appétit diminua, quoiqu'il n'y eût aucun signe d'embarras gastrique. Le vin de Séguin fut administré; le lendemain, il y eut diminution dans l'intensité et la durée de la douleur; le surlendemain, symptômes fébriles sans douleur; les jours suivants, il y eut encore un peu de fièvre. (*Idem, ibidem.*)

Névralgie cervico-sub-occipitale intermittente quotidienne.

N° 125. Le 6 juin 1822, je fus appelé pour donner des soins à M. F***, âgé de trente-trois ans et d'un tempérament bilieux, atteint d'une très grande douleur dans la partie postérieure de la tête, qui paraissait partir d'entre la première et la seconde vertèbre cervicale, s'étendait à toute la région de l'occiput et à la partie postérieure et supérieure du cou. Cette douleur, accompagnée d'une sensation très incommode de tiraillement dans la tête et le cou, était si intense, qu'elle troublait les fonctions de la vue, de l'ouïe, et même de l'intellect. Les paroxysmes se déclaraient ordinairement la nuit; ils étaient assez longs. L'usage de la potion stibio-opiacée, à des intervalles assez rapprochés, joint à un régime diététique fort modéré, produisit une amélioration dans son état dès le second jour. L'amélioration fut plus grande encore dès le quatrième et le cinquième, et la cure fut complète au huitième. La continuation du même remède pendant douze jours, à trois doses chaque jour, assura la convalescence qui n'a point été interrompue pendant deux mois et demi qu'il a séjourné à Madrid depuis son traitement. (Hurtado. *Annales de la méd. physiol.* 1824.)

Névralgie scapulo-humérale, type quotidien.

N° 126. M. A. L., âgé de cinquante-neuf ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, avait éprouvé en quelques années, et à des occasions différentes, une douleur assez violente qui commençait dans la région scapulaire, montait jusqu'à la clavicule, et s'étendait ensuite sur toute la partie antérieure et

interne du bras, descendant rarement plus bas que le coude. Quoique cette douleur se manifestât quelquefois le jour, l'accès le plus intense et le plus long arrivait ordinairement la nuit, et une insomnie insupportable, entre autres symptômes, l'accompagnait.

Dans les deux occasions où le malade avait éprouvé cette névralgie, elle avait résisté à tous les remèdes et n'avait cédé qu'au changement d'air. Cette année (mai 1823), elle a reparu avec plus d'intensité et de durée que jamais, et elle a complétement cédé à l'usage de la potion de Peysson en sept jours, et jusqu'au moment où j'écris (20 août 1823) elle n'a pas reparu. (*Id. ibid.*)

Névralgie sus-orbitaire intermittente, puis rémittente quotidienne.

N° 127. Une femme, âgée de quarante ans, fut prise, le 1er novembre à onze heures du soir, d'une douleur vive, déchirante, partant du trou surcilier gauche, et se répandant sur tout le côté gauche de la tête, dans l'oreille interne du même côté, puis sur toute la région de la face correspondante. Cette douleur s'accrut jusqu'à une heure du matin, où sa violence arracha des cris aigus et causa le délire; puis, elle diminua complétement par degrés, et cessa enfin à cinq heures du matin. Le 2 au soir, à la même heure que la veille, nouvel accès aussi violent que le précédent; même état que les jours suivants, jusqu'au 16, où nous prescrivîmes à la malade un demi-grain d'extrait aqueux d'opium et deux grains d'extrait de jusquiame noire, à prendre en une dose au moment de l'accès; point d'effet sensible. Le 17 et le 18, même prescription; l'intensité et la durée de la douleur n'en furent nullement diminuées. Le 19, douze grains de sulfate de quinine dans la journée, par doses de deux grains; le soir, accès moindre. Le 20, vingt-quatre grains du même remède par doses de trois grains; point d'accès. Le 30, rechute après un refroidissement, guérison par le même moyen. Le 15 janvier 1826, retour de la névralgie; mais alors elle est simplement rémittente, avec des paroxysmes irréguliers dans leur intensité et leur retour. Tantôt la douleur est plus fréquente, plus vive, plus longue le jour que la nuit, d'autres fois, au contraire, c'est pendant la nuit qu'elle offre plus d'intensité et de durée; mais, dans l'un et dans l'autre cas, elle offre des variations remarquables. Le sulfate de quinine, auquel nous revînmes alors, ne produisit aucun effet; tandis que l'extrait de jusquiame, de valériane, et l'oxide de zinc, firent promptement cesser la maladie. (M. Blaud, *Nouv. Biblioth. méd.*, t. II, 1826.)

Névralgie lombaire intermittente quotidienne.

N° 128. André Borne, travailleur, âgé de vingt trois ans, d'un tempérament bilioso-sanguin et d'une constitution forte, fut pris, le 2 juillet 1825, à deux heures après-midi, d'une douleur vive qui s'étendait de la première vertèbre des lombes à la crête de l'os des iles du côté droit, dans la direction de la première paire lombaire, et qui ne cessa que le lendemain, à quatre heures du matin. L'espoir qu'avait alors le malade d'être guéri ne fut pas de longue durée; car la douleur reparut à la même heure, au même lieu, avec la même intensité, et fut de même durée que la veille. Le 4, elle revint également à deux heures après-midi. Les douleurs furent ce jour-là si fortes qu'on m'appela. Le coucher ne pouvait avoir lieu sur les lombes, tant cette partie était sensible. La douleur que le malade y ressentait était vive, déchirante, avec des élancements semblables à ceux du panaris. Je ne remarquai ni rougeur, ni enflure dans le lieu souffrant. Le pouls était dans son état habituel; les urines étaient assez abondantes, citronnées; elles ne déposaient aucun sédiment et n'offraient même pas de nuage à leur surface. Tout le reste de l'économie, en un mot, était dans l'état normal.

Diète, saignée du bras, tisane délayante, application d'un cataplasme émollient sur la partie douloureuse, et demi-lavement anodin, précédé d'un lavement laxatif d'après la méthode de Kaempf.

Ces moyens procurèrent la diminution de la douleur, qui dura pourtant jusqu'au lendemain matin, à la même heure que les jours précédents, après avoir perdu graduellement de son intensité. Dans les intervalles de souffrance, le malade n'éprouvait que de l'affaiblissement. L'appétit était bon, mais il ne lui était permis de prendre qu'une nourriture légère.

Le 5, à la même heure, nouvel accès présentant la même intensité et la même durée que les précédents. Même traitement, à la différence près, qu'au lieu d'une saignée générale, il fut fait une application de vingt sangsues sur la région lombaire. Le 6 et le 7, accès semblable; même traitement à l'exception des sangsues; potion antispasmodique. Le 8 et le 9, *idem*. Les antiphlogistiques et les antispasmodiques n'ayant que modéré cette névralgie, je me décidai, le 10, à administrer douze grains de sulfate de quinine durant l'intermittence. L'accès de ce jour fut déjà plus faible. Le lendemain, je portai la dose à quinze grains, et j'eus la satisfaction de mettre fin aux souffrances. Je fis continuer l'usage du sulfate de quinine, dont je diminuai graduellement la dose jusqu'au 18, époque à laquelle je supprimai tout-à-fait le traitement. (M. Millet, *Journal univ. des sciences méd.*, t. XLII.)

Névralgie lombaire, type quotidien.

No 129. Mademoiselle V***, âgée de vingt-un ans, quoique bien réglée, éprouvait à l'époque menstruelle une douleur intermittente dans les lombes. Sa sensibilité avait reçu de grandes secousses par une longue maladie et la perte d'un frère qu'elle affectionnait beaucoup. Tout-à-coup, dans le mois de septembre 1822, sans cause bien manifeste, une douleur violente se fait sentir dans les lombes du côté droit, et s'accompagne d'un frisson général qui dure trois heures. Peu à peu la chaleur revient, et le point se dissipe à mesure qu'elle s'établit. Nuit et matinée du lendemain bonnes. Mais à quatre heures du soir, à la même heure que la veille, nouveaux symptômes plus violents. (Vingt sangsues sur le point douloureux, potion calmante, boissons délayantes, cataplasmes sur les piqûres de sangsues.) Le troisième jour, à la même heure, les mêmes accidents ont encore lieu avec la même intensité. (Le matin suivant, dix grains de sulfate de quinine.) Un peu avant l'heure de l'accès, la malade se tourmente beaucoup, dans la crainte de le voir revenir; il se montre effectivement et toujours avec intensité. (Le cinquième jour, au matin, dix grains de sulfate de quinine.) A l'heure de l'accès, mêmes craintes que la veille et retour de l'accès. Le sixième jour, la malade, qui répugnait beaucoup au sulfate de quinine, et qui se croyait fondée à le trouver inefficace, refusa d'en prendre. Le soir, l'appréhension de l'accès et l'accès se succédèrent comme les jours précédents. Le septième jour, « m'étant bien assuré, continue M. Brachet, de l'état moral de mademoiselle V*** aux approches de l'accès, je me rendis auprès d'elle à trois heures de l'après-midi: je fixai son attention sur des sujets gais, agréables et satisfaisants pour elle. Je l'entretins ainsi, sans lui donner le temps de songer à son accès, pendant deux heures et demie; il n'avait pas paru, il ne vint point. Le huitième jour, madame V***, à ma recommandation, pria quelques personnes fort gaies de venir rendre visite à sa fille dans l'après-midi; le temps de l'accès se passa en conversations agréables; la guérison fut complète. » (Brachet, *Archives génér. de méd.*, t. IX.)

Céphalalgie et odontalgie double-tierces.

N° 130. Madame G***, âgée de cinquante-deux ans, d'un tempérament nerveux et sanguin, est attaquée, le 20 mars 1804, à cinq heures du matin, d'une douleur qui occupe tout le côté droit de la tête et qui dure jusqu'à cinq heures du soir. Le lendemain, retour de la céphalalgie, à neuf heures du matin; elle est moins forte que la veille, et cesse à deux heures. Le 22, l'accès revient à dix heures comme le premier jour, et persiste avec violence jusqu'à cinq heures. Le 23, l'hémicrânie reparaît à neuf heures, cesse à deux, après avoir fait beaucoup souffrir de midi à une heure. Le 24, la malade souffre depuis six heures du matin jusqu'au soir; l'accès du 25 commence aussi à six heures, mais il se termine à deux. Le 26, accès à six heures : comme la bouche était amère et la langue chargée, un vomitif est administré pendant l'accès, et fait rendre beaucoup de bile. La céphalalgie cesse par intervalle, redouble dans l'après-midi, et cesse entièrement à cinq heures. Le 27, accès aux heures ordinaires; on donne un gros de quinquina. Le lendemain, l'hémicrânie commence à dix heures, et persiste jusqu'à huit heures du soir; mais elle est moins violente; un gros de quinquina après l'accès. Le 29, la tête est seulement un peu lourde; même dose de quinquina; il y a un peu de céphalalgie dans l'après-midi. Le 30, on donne deux gros de quinquina, et le mal de tête ne revint plus.

Une dame âgée de trente-quatre ans, d'un tempérament lymphatique et bilieux, étant dans le neuvième mois de sa cinquième grossesse, eut, vers le milieu de juin 1812, une odontalgie qui se caractérisa par les symptômes suivants : entre minuit et une heure, elle éprouvait un peu de froid, une lassitude générale. Peu de temps après, une douleur vive se faisait sentir au côté droit de la mâchoire inférieure; elle parcourait toutes les dents de ce côté, s'étendait ensuite sur la face, la tempe et la moitié de la tête; elle ne cessait entièrement que vers les quatre heures du soir. Les jours pairs, elle était beaucoup plus violente, et telle que le quatrième et le sixième accès furent accompagnés de quelques mouvements spasmodiques. Le pouls était fébrile pendant tout le cours des accès qui furent emportés par le vin de Séguin. (Arloing, *Journal gén. de méd.*, t. LVIII.)

Otalgie intermittente tierce.

N° 131. Rost a vu une douleur d'oreille récidiver, de deux jours l'un, chez une jeune fille. Cette otalgie se manifesta après une violente colère; elle se faisait sentir le matin, durait quelques heures, et puis se terminait. La malade reposait très bien pendant les intervalles des récidives. Cette douleur était des plus violentes, et attaquait tantôt l'oreille droite, tantôt l'oreille gauche. (*Collec. de Breslaw*, année 1726.)

Hémicrânie intermittente tierce.

N° 132. J'ai été consulté par un homme âgé de soixante-douze ans, très robuste, qui avait, depuis six semaines, une hémicrânie périodique tierce, pour laquelle on avait employé en vain les sangsues, les pédiluves, les vésicatoires, un vomitif, les antispasmodiques et l'opium. Je conseillai l'emploi du quinquina uni avec l'opium; le malade en usa trois onces, sans éprouver le moindre soulagement. Il renonça alors à tous les remèdes, eut encore ses accès pendant deux mois, et à la fin de ce temps, se trouva parfaitement guéri. (Arloing, *Mém. et Journ. cités.*)

Irritation nerveuse, type tierce.

N° 133. Une dame âgée de vingt-huit ans, d'un tempérament nerveux, était accouchée depuis plusieurs jours; les lochies coulaient abondammeut,

et le lait avait paru au sein, lorsque, le 27 juillet, elle ressentit tout-à-coup une douleur très vive sur la région moyenne et antérieure du tibia, qui lui fit jeter les hauts cris. Cette douleur disparut au bout de deux heures. Le 28, la douleur ne revint point; la malade ne se plaignit que de malaise, d'inappétence, etc. Le 29, la douleur revint à midi, elle fut plus longue et plus insupportable. La malade se fit appliquer un vésicatoire à la jambe. Les douleurs devinrent de plus en plus vives; je fis lever le vésicatoire; je donnai une potion avec l'éther et l'opium. La douleur dura jusqu'à la nuit, mais moins vive. Comme les premières voies paraissaient surchargées de saburre, je lui prescrivis un minoratif doux qui procura plusieurs selles. Le 30, jour de la purgation, elle se leva et ne ressentit point de douleur dans la jambe. Le 31, la douleur reparut à onze heures ; le pouls n'était point fébrile; j'augmentai la dose de l'opium, et je fis pratiquer des frictions sur la partie douloureuse avec l'opium dissous dans la salive : la douleur fut moins vive, mais aussi longue. Comme les lochies coulaient abondamment, et comme cette femme avait une disposition à la phthisie, annoncée par la rougeur circonscrite des joues et une poitrine serrée, je ne crus pas devoir administrer le quinquina ; je lui continuai l'opium et l'éther dans l'intervalle de l'accès. Le 1er août, elle se leva, fut libre de toute douleur; elle continua l'opium. Le 2, la douleur revint, mais plus tard qu'à l'ordinaire, et fut moins intense et moins longue. L'accès du 4 fut très léger; et le 6, elle marcha sans éprouver de douleurs dans le temps où l'accès devait venir. (Carron, *Journ. gén. de méd.*, t. XL.)

Stoll dit avoir observé, durant le mois de juillet 1778, des fièvres tierces qui se *déguisaient* sous la forme d'une violente douleur à l'occiput, et qui revenait régulièrement de deux jours l'un. (*Médecine pratique*, t. II.)

Durant le mois de juillet 1820, M. Husson nous a rapporté, à la clinique interne de l'Hôtel-Dieu, l'observation d'une céphalée intermittente tierce qui durait depuis fort long-temps, et contre laquelle avaient échoué tous les remèdes possibles; lorsque, s'étant assuré de la périodicité de cette affection, il la traita et la guérit par l'administration du quinquina.

Autre irritation nerveuse périodique, type tierce.

N° 134. Au mois d'octobre, un maçon de Corbeil est venu me consulter pour des douleurs périodiques des deux jambes qui l'empêchaient de se livrer à ses occupations.

Six semaines avant cette époque, il avait eu une fièvre intermittente tierce qu'on avait arrêtée au huitième accès par le sulfate de quinine; n'ayant pas voulu continuer ce traitement après la disparition de la fièvre, il s'était remis au travail aussitôt. Quelques jours après, il fut pris de lassitudes générales avec un sentiment de malaise le jour des accès. Cet état maladif ne l'empêcha pas de travailler; mais après huit jours les douleurs vagues furent remplacées par des douleurs vives aux deux jambes : ces douleurs occupaient l'espace compris entre les genoux et les mollets; elles paraissaient de deux jours l'un, à huit heures du matin, sans être précédées de frisson général ou local. Ces douleurs s'accompagnaient bientôt après d'une forte chaleur qui, bornée pendant une heure aux jambes, s'étendait ensuite graduellement à tout le corps; une sueur abondante, des jambes seulement, terminait cet accès qui durait jusqu'à quatre ou cinq heures de l'après-midi. Cependant, après l'accès, il restait dans les jambes une faiblesse qui durait douze, quinze, dix-huit heures, plus ou moins, ce qui l'empêchait de travailler.

Le médecin qui avait arrêté la fièvre, lui fit prendre deux fois le sulfate de quinine pour dissiper cette irritation intermittente, mais sans succès. Il lui conseilla alors d'attendre sa guérison du temps, et de se borner à faire des frictions

sèches sur la partie douloureuse. Après quinze jours d'attente, le malade vint me consulter à Melun. Informé de ce qu'on avait fait pour combattre cette irritation intermittente, et m'étant assuré du bon état des voies digestives, je prescrivis quatre frictions locales composées chacune de trente-six grains d'axonge et six grains d'émétique. Elles furent faites le jour de l'accès à quatre, cinq, six et sept heures du matin ; je lui ordonnai de prendre toutes les heures une cuillerée d'une potion opiacée, à laquelle je fis ajouter un grain d'émétique pour huit onces de liquide.

Pendant l'emploi de ces moyens, l'accès qui reparut le lendemain fut beaucoup moins fort ; et le même traitement, continué le surlendemain, fit disparaître tous les symptômes. Je lui recommandai de continuer ce traitement les jours où devait reparaître l'accès, pendant trois jours, en supprimant une friction chaque jour, et de ne reprendre son travail accoutumé qu'après ce temps écoulé.

Je me suis assuré que le malade n'avait pas éprouvé de rechute vingt jours après la guérison de ces douleurs périodiques. (Piollet, *Journ. univ. des ciences méd.*, t. LVIII.)

Névralgie temporale avec le type tierce.

No 135. M. D***, sous-intendant militaire, d'un tempérament caractérisé par la prédominance du système nerveux, éprouvait tous les deux jours, en janvier 1825, vers deux heures après midi, une douleur déchirante à la tempe droite. Cette douleur, qui occupait un espace très circonscrit, s'exaspérait par le plus léger bruit et par l'impression de la lumière ; la pression ne l'augmentait point. On n'apercevait sur la partie souffrante ni rougeur, ni chaleur, ni tuméfaction, et il n'existait pas le plus léger mouvement fébrile. Ces accès se prolongeaient cinq à six heures, et se terminaient par une transpiration abondante à la tête. Dans l'intervalle des paroxysmes, la santé était excellente. Douze grains de sulfate de quinine administrés en lavements ont fait cesser promptement cette douleur nerveuse périodique. (Dufau, *Journal génér. de méd.*, t. XCV.)

Odontalgie intermittente tierce, qui récidive avec le type quarte. (Fièvre pernicieuse de l'auteur.

No 136. Au mois de février 1820, un enfant âgé de quatre ans eut un premier accès de fièvre durant lequel il se plaignit beaucoup d'une douleur fixée sur les dents. Un second accès revint le troisième jour et fut caractérisé par les symptômes suivants : dents noires sans enduit, comme si elles eussent été plombées ; langue rouge ; soif vive ; respiration haute, fréquente, pouls fort, roide ; odontalgie générale arrachant des cris aigus à l'enfant, quoique sa denture parût saine. M. le docteur Goury, ayant reconnu chez cet enfant une *fièvre tierce pernicieuse* dont le symptôme dominant était l'odontalgie, rejeta l'application des sangsues à l'épigastre, que l'on avait conseillée, et fit prendre à l'enfant, après l'accès et par cuillerées, une potion composée d'un gros d'extrait de quinquina, d'un quart de grain d'extrait muqueux d'opium et d'une once de sirop de quinquina dans quatre onces d'eau distillée de petite centaurée. Il prescrivit pour boisson une infusion de camomille mêlée avec du bon vin Le jour suivant, les dents parurent très blanches et très saines ; l'enfant était fort gai et ne se ressentait nullement de l'accès de la veille, qui, ayant commencé à sept heures du matin, s'était terminé comme le premier par des sueurs abondantes vers les deux heures de l'après-midi A ce jour apyrétique succéda un troisième accès qui fut plus court et moins violent que les précédents, et durant lequel l'odontalgie fut supportable. Même prescription, seulement on augmente d'un demi-gros la dose

d'extrait de quinquina dans la potion. Le quatrième accès est encore moins intense, et le cinquième manque tout-à-fait. On continue le même traitement pendant quatre jours pour consolider la cure; celle-ci paraissait bien prononcée, lorsque trois semaines après l'enfant est atteint d'un accès de fièvre et d'odontalgie tout-à-fait semblable aux précédents, excepté qu'il fut moins violent; mais cette fois, au lieu d'un seul jour d'apyrexie, on en observe deux complets, ce qui constitue le type quarte. L'emploi du même traitement modère tellement le second accès de cette *nouvelle fièvre*, que le troisième manque entièrement. Depuis cette époque, le petit garçon jouit de la meilleure santé. (Goury, *Bulletins de la Faculté de méd.*, n° 8.)

Névralgie surcilière, type quarte.

N° 137. Le nommé Couvreur, âgé de quarante ans, ancien gendarme, d'une forte constitution, n'ayant jamais eu de rhumatismes, fut pris, dans le cours de l'année 1822, étant alors en Corse, d'une fièvre intermittente quarte qui dura dix mois, et s'accompagna d'engorgements dans les hypochondres. Cette fièvre existait depuis cinq mois, lorsqu'une violente douleur se développa, dans le trajet du nerf surcilier droit, pendant le stade de la chaleur. Cette névralgie persista de la sorte pendant un mois et demi, sous le type quarte, comme la fièvre avec laquelle elle coïncidait. Quarante sangsues furent appliquées sur la région douloureuse, mais elles ne déterminèrent qu'un très faible soulagement. Cependant la fièvre quarte continua encore plusieurs mois, et ne se dissipa complètement que vers le onzième, à dater de son début, et lorsque le malade quitta la Corse. Peu de temps après, la névralgie surcilière se fit sentir, et dura pendant quinze jours avec le même type. Dans le cours de juin 1824, la douleur du nerf surcilier revint avec une nouvelle intensité, et laissa le malade en proie à de violentes douleurs pendant vingt et un jours.

Dans le mois d'octobre suivant, Couvreur éprouva une quatrième attaque de sa névralgie. Des pédiluves sinapisés, des applications de vinaigre et d'eau de Cologne sur le front furent employés sans aucun avantage. Enfin, le 21 avril 1825, il survint une cinquième attaque. La douleur commençait le matin à cinq heures, et continuait ainsi toute la journée jusque vers les quatre heures de l'après midi.

Le 6 mai, ce malade étant entré à l'Hôtel-Dieu, nous présenta les symptômes suivants: douleurs lancinantes, continues, accompagnées de pulsations dans le trajet de l'arcade surcilière, s'exaspérant de temps à autre, et déterminant alors de violents paroxysmes pendant lesquels le malade pousse presque des cris; ces douleurs se propagent comme un éclair de la partie interne du sourcil à l'angle externe de l'œil. Lorsqu'on comprime fortement le nerf frontal à la sortie du trou sus-orbitaire, on diminue la douleur dans le trajet de l'arcade, mais on l'augmente considérablement dans le point comprimé, et la douleur qu'on détermine alors est lancinante, et parfois semblable à celle qui se fait sentir dans les paroxysmes; lorsqu'au contraire on comprime modérément le nerf dans le même lieu, la douleur diminue dans le point comprimé, et s'étend dans la direction de l'arcade. Une pression modérée de la région surcilière calme notablement les élancements; enfin, la pression de l'extrémité externe du sourcil ne détermine aucune modification dans la douleur. Les téguments n'offrent ni rougeur, ni gonflement: l'influence de la chaleur ne paraît agir en rien sur cette névralgie; la sensation du froid, au contraire, rend ses paroxysmes plus douloureux. Lors des accès, l'œil gauche se couvre de larmes, la vue paraît légèrement troublée par un brouillard. Du reste, toutes les fonctions sont en bon état, et la santé est parfaite.

Le 8 mai, dix-neuvième jour de la maladie, à sept heures et demie, l'accès étant dans sa plus grande violence, on enfonce une aiguille d'or à la partie interne du sourcil, en ayant soin d'éviter le nerf frontal. L'aiguille pénétra de six lignes, et resta sept heures fixée dans les téguments. Lorsqu'on la retira, la douleur qui, pendant son séjour, avait été beaucoup moins violente que les jours précédents, cessa complétement.

Le lendemain, 9 mai, l'accès revient à sept heures du matin. A huit heures, on place une aiguille d'acier à la partie interne du sourcil, en la dirigeant comme la veille dans la direction de la douleur, mais en évitant de piquer le nerf frontal. L'aiguille est enfoncée de huit lignes; elle reste six heures, temps pendant lequel les douleurs sont considérablement exaspérées et les paroxysmes beaucoup plus violents et plus rapprochés que de coutume. L'accès se termina à trois heures.

Le 10 mai, on se contenta de prescrire une boisson de chiendent, seule tisane dont le malade faisait usage depuis qu'il était traité par l'acupuncture. Ce jour, l'accès ne vint point.

Le 11 mai et les jours suivants, la névralgie ne reparut plus. Le malade sortit de l'hôpital vers la fin du mois. (Martinet, *Nouv. bibl. méd.* 1825.)

Névralgie dentaire, type quarte et puis quotidien.

No 138. Le 11 mai je fus appelé pour voir la fille d'un maître d'école, âgée de dix-neuf ans, bien réglée, et jouissant ordinairement d'une très bonne santé; depuis cinq semaines elle souffrait cruellement des dents. D'abord la douleur ne reparaissait que tous les trois jours, et pendant deux la malade était tranquille. Plus tard, les douleurs revinrent tous les jours, le soir à six heures; elles s'accompagnaient d'inquiétude, d'anxiété précordiale, de frissons et d'accélération de la circulation; elle durait une, deux, trois heures, avec une grande violence, et laissaient la malade dans un état d'abattement complet. Ces douleurs siégaient principalement dans la première molaire de la mâchoire supérieure du côté droit; mais elles s'étendaient sur toute la moitié correspondante de la tête. Les dents étaient saines; la canine droite avait d'abord été arrachée, comme cause présumée du mal. Au commencement de la maladie, la jeune fille avait perdu l'appétit, et la langue s'était salie; on lui avait donné plusieurs purgatifs; l'appétit était revenu, mais les douleurs étaient restées les mêmes. On appliqua des sangsues, des vésicatoires derrière la mâchoire, la décoction de pavot fut aussi prescrite en boisson, le tout sans le moindre succès. Je fis prendre à cette malade huit grains d'une poudre composée d'une once de quinquina, de cinq grains de sel ammoniac et autant de racine de serpentaire de Virginie, mêlée et suspendue dans la teinture thébaïque. Le 13 mai, la douleur ne reparut pas. Le 16, elle revint à six heures avec la même force qu'auparavant, parce que la malade avait lavé du linge dans la journée. La potion fut reprise. Le 19 et le 24, il y eut encore de légers accès; le 30, tout avait disparu. (Schmidtmann. *Journal de Hufeland,* 1831.)

Sciatique intermittente quarte.

No 139. Le nommé Bourcier souffrait d'une douleur sciatique qui le prenait périodiquement de trois jours en trois jours, à deux heures après midi; il en avait déjà éprouvé plusieurs atteintes qui l'avaient peu affecté, dès les premiers temps, mais qui, à raison de leur constante périodicité, commençaient à lui donner des inquiétudes, lorsqu'il se rendit près de nous, le 1er mai 1808. Il me raconta la marche de sa maladie, qui devait reparaître le lendemain. Je me rendis auprès de lui avant trois heures pour l'examiner; il se plaignait d'une douleur qui commençait à la région ischio-fémorale

droite, et s'étendait à toute l'extrémité. Le malade exprimait sa douleur en disant qu'il lui semblait que des chiens lui déchiraient le membre. Je remarquai que toute l'extrémité inférieure droite était plus froide que la gauche ; qu'on ne pouvait lui faire exécuter des mouvements qu'avec difficulté et qu'en rendant plus vive la douleur que le malade y ressentait. Le reste du corps était étranger à ce qui se passait dans cette extrémité ; le pouls était naturel. Rien de particulier jusqu'à quatre heures : alors la douleur avait cédé un peu, et je crus apercevoir que la chaleur revenait à la partie souffrante ; cette chaleur augmenta, et surpassa même celle des autres parties du corps ; elle fut suivie de rougeur, mais il n'y eut point de sueurs ; la douleur devint uniforme et moins intense ; elle se termina par degrés, et à huit heures du soir elle ne se faisait plus sentir. Le lendemain 3, se passa sans souffrance ; il en fut de même le 4. Le lendemain, 5 mai, ayant vu la répétition de ce qui s'était passé le 2, je pus me convaincre que j'avais à traiter une *pyrexie limitée* qui observait le type quarte ; en conséquence, je prescrivis une demi-once de quinquina avec addition de deux grains d'opium pour le 6. Ce remède fut répété le 7, et la moitié de la dose fut prise le 8 au matin. L'évènement justifia la bonté du diagnostic que j'avais porté : aucune douleur ne se manifesta dans la journée, ni dans la suite. (Audouard, *Nouv. thérap. des fièv. interm.*)

Hémicrânie intermittente octane.

N° 140. Un moine romain, soigné par Salius, qui le vit pendant trois ans et sept mois, avait tous les lundis, à la même heure, une violente migraine qui attaquait constamment le côté droit de la tête, et qui durait au moins 28, et au plus 30 heures. Pendant tout ce temps-là, il ne pouvait ni voir la lumière, ni entendre aucun bruit, ni prendre quoi que ce soit à l'intérieur, sans souffrir beaucoup plus. L'accès passé, il jouissait, à tous égards, de la plus parfaite santé. Tissot, qui rapporte ce fait, dit qu'il a vu des exemples de migraines qui revenaient périodiquement tous les quinze jours, tous les mois, et tous les trois mois. (*OEuvres, éd. de Laus.*, t. IX.)

CHAPITRE V.

RÉFLEXIONS ET CONCLUSIONS RELATIVES AUX IRRITATIONS INTERMITTENTES EXTERNES.

On conçoit facilement qu'ayant eu à traiter un sujet pour ainsi dire neuf, à faire l'histoire d'un genre de maladies qui jusqu'à l'époque de la doctrine physiologique n'avait occupé aucune place dans les cadres nosographiques, on conçoit que nous ayons dû donner une grande importance à la recherche des faits disséminés dans les annales de la science ; en effet, pour des maladies si peu connues, nulle part décrites, qu'y avait-il de mieux à faire que de recueillir les faits, de les coordonner, de les rapprocher entre eux, pour en tirer des conclusions théoriques et pratiques ? C'est donc à la recherche et à l'étude des faits que

nous nous sommes spécialement livré ; car, si des histoires particulières n'étaient venues appuyer chaque principe établi, chaque description faite d'une phlegmasie intermittente, d'une irritation sécrétoire périodique, etc., sur quelle autorité aurions-nous pu nous appuyer pour les établir? Il a fallu même que nous fussions bien plus riches de faits, et que nous ayons pu les présenter sous un plus grand jour que Médicus pour convaincre ceux qui, ayant connaissance du *Traité des maladies périodiques*, n'en restaient pas moins convaincus qu'il n'y avait point de phlegmasies intermittentes. Toutefois, si l'on compare sous ce rapport la *Monographie des irritations intermittentes* avec le traité dont il s'agit, on verra sûrement que nous n'avons point abusé des richesses de la science, puisque Médicus consacre à des citations de maladies périodiques les deux tiers de son livre, tandis que nous, en rapportant les faits avec tous les détails qu'il nous a été possible de recueillir, nous n'y consacrons guère qu'un tiers du nôtre. On convient volontiers que la part des faits ne saurait être trop grande dans un sujet si peu connu; aussi n'est ce point la quantité des faits, mais leur *qualité* qu'on a voulu censurer. A cet égard, nous n'avons rien à répondre, si ce n'est qu'il n'est pas toujours permis de communiquer à son semblable la conviction dont on est soi-même pénétré. Nous ferons seulement remarquer que les détails, désirés avec raison pour rendre plus concluants les faits dont il s'agit, existent presque toujours dans ceux qui ont été observés de nos jours ou depuis 25 à 30 ou 40 ans. Si ces détails manquent souvent dans les observations puisées chez les anciens, nous en avons dit la raison, et nous avons prouvé qu'il en était de même pour celles relatives aux affections continues ; dès lors pourquoi les premières ne jouiraient-elles pas du même crédit que les secondes? On a pu voir aussi que, pour plusieurs affections intermittentes, nous avions puisé des faits dans les ouvrages et chez les auteurs dont les opinions médicales étaient loin d'être semblables aux nôtres, quelquefois même opposées; nous pouvons citer MM. Fodéré, Lordat, Golfin, Chomel, Rayer, Bricheteau, Brachet, Voisin et Bourgeois.

Quoi qu'il en soit, c'est sur l'autorité des faits, c'est-à-dire sur l'observation et l'expérience des praticiens anciens et modernes, que se trouvent fondées toutes les propositions générales par lesquelles nous avons commencé l'histoire des irritations intermittentes, et qui contiennent à cet égard tous les principes de la

doctrine physiologique. C'est par l'étude et la comparaison de faits nombreux et caractéristiques que nous avons été conduit à reconnaître à l'extérieur du corps des inflammations, des hémorrhagies, des subinflammations et des névralgies intermittentes. Quels que soient les caractères communs et les nuances de fusion que nous ayons reconnus entre les irritations inflammatoires et hémorrhagiques intermittentes, entre les phlegmasies et les subinflammations périodiques, entre les névralgies et certaines congestions sanguines, à cause de la similitude d'organisation des parties affectées, du mélange presque continuel des tissus primitifs ou de l'entrelacement des capillaires rouges, des vaisseaux blancs et des nerfs. Cependant on a pu voir que chacune de ces irritations, en prolongeant son existence et en arrivant à un certain degré d'intensité, développait des caractèrés distinctifs assez marqués pour qu'elle ne pût être confondue avec aucune des trois autres espèces.

On a pu se convaincre également qu'il n'était plus possible aujourd'hui d'entasser pêle-mêle comme Médicus, et de comprendre toutes les irritations intermittentes externes sous la dénomination générale de *maladies périodiques sans fièvre*, parce que ces affections, quelle que soit leur nature, inflammatoire, hémorrhagique, subinflammatoire et nerveuse, sont bien souvent accompagnées de fièvre ou de phénomènes sympathiques, dont l'importance est assez grande pour qu'il faille en tenir compte.

Il est vrai que quelques unes des irritations intermittentes externes, comme les hémorrhagies et les névralgies, offrent rarement des phénomènes sympathiques et fébriles; mais les exemples que nous avons rapportés suffisent pour prouver qu'elles peuvent être accompagnées de fièvre chaque fois que les symptômes locaux qui les caractérisent sont assez intenses pour exercer des influences sympathiques sur le cœur, l'estomac et le système cérébro-spinal. Cette circonstance d'ailleurs, relative au développement de la fièvre, est commune aux maladies externes, continues et intermittentes.

Nous avons vu que la plupart des causes qui provoquaient les affections intermittentes aussi bien que les symptômes qui les caractérisaient, étaient en général les mêmes que les causes et les symptômes des maladies continues; c'est ce dont on peut facilement se convaincre maintenant en jetant un coup d'œil sur une nosographie quelconque. Quelle autre différence essentielle que celle du

type trouvera-t-on entre les inflammations, les hémorrhagies, les affections lymphatiques et nerveuses dont nous avons rapporté des exemples et les mêmes maladies décrites par les auteurs? Celles-ci présentent le type continu, et les affections dont nous avons tracé l'histoire offrent le type intermittent. Hé bien! parce que celles-ci n'ont pas le même type que celles-là, faut-il en faire des maladies mystérieuses? Faut-il, à l'exemple, je ne dis pas seulement des anciens, mais encore de plusieurs écrivains modernes, faut-il voir en elles des *fièvres intermittentes larvées* (1), des *pyrexies masquées* (2), des maladies d'*une apparence trompeuse*, capables de se dissimuler, de se cacher et d'emprunter des masques pernicieux? et cela uniquement parce qu'elles ont une marche particulière; parce qu'elles se terminent plus ou moins vite, au bout d'un certain temps, pour revenir à des époques régulières. On sait bien que les phlegmasies cutanées et articulaires continues sont fréquemment accompagnées de fièvre; hé bien! quand cette fièvre vient à manquer, si les nosographes nous disaient qu'il y a là une fièvre continue, exanthématique et arthritique larvée ou dissimulée, c'est-à-dire empruntant le masque de ces phlegmasies, cela ne paraîtrait-il pas ridicule? Pourquoi donc n'en serait-il pas de même à l'égard des phlegmasies intermittentes? Car, que fait le type dans les maladies en général? change-t-il leur nature? La plupart des auteurs ne le pensent pas, puisqu'ils n'ont point fait de classe, ni d'ordre à part pour les maladies intermittentes. M. Boisseau, comme les professeurs Pinel et Bouillaud, en traçant l'histoire des fièvres continues, inflammatoires, gastriques, bilieuses, muqueuses, adynamiques, ataxiques, nerveuses, nous disent seulement qu'elles peuvent s'offrir sous le type intermittent, mais que ce sont toujours *les mêmes maladies sous un autre type*.

S'il est vrai que les quatre espèces d'irritations intermittentes, nerveuse, inflammatoire, hémorrhagique et subinflammatoire, peuvent se développer sur tous les points de la surface du corps, puisque partout il y a des nerfs, des capillaires rouges, des vaisseaux blancs, susceptibles d'être modifiés ou altérés dans leur organisation, les faits prouvent aussi que ces irritations choisissent certains lieux et certains tissus de préférence à tous les au-

(1) Chomel, Littré. Bonnet, etc.
(2) Moreau de la Sarthe, art. PÉRIODIQUE de *l'Encyclopédie méthodique.*

tres : c'est ainsi qu'elles se développent spécialement dans les parties du corps les plus exposées aux impressions irritantes et périodiques externes, dans les organes qui offrent une sorte d'intermittence plus ou moins remarquable dans leurs fonctions. Ainsi la périodicité des influences de température sur les organes des sens, sur la peau et les articulations, surtout chez les personnes très irritables, l'intermittence de repos et d'action de tous ces organes, et du système locomoteur en particulier, expliquent la fréquence des irritations périodiques inflammatoires et subinflammatoires des membranes muqueuses externes, des tissus cutanés et fibro-séreux des articulations. Il n'est pas jusqu'au tissu osseux lui-même qui ne soit susceptible d'irritation périodique ; car c'est dans le tibia que paraît avoir son siége la douleur intermittente tierce sous le nº 134, et c'est sans doute dans les os que résidaient les douleurs nocturnes des membres dont parle Stoll, dans le tome second de sa *Médecine pratique*, douleurs qui étaient manifestement périodiques et qu'il a guéries par l'administration du quinquina.

Une vérité bien importante, puisqu'elle tend à dissiper ce qui restait encore de merveilleux dans l'étiologie des fièvres intermittentes, c'est celle qui établit le développement endémique et même épidémique de quelques phlegmasies, de certaines subinflammations rémittentes et intermittentes externes sous l'influence de causes locales et d'une constitution atmosphérique particulière. Or, c'est ce dont il n'est plus permis de douter d'après l'expérience de plusieurs praticiens; et si l'on analyse le mode d'action sur nos organes de la plupart des causes ou des influences atmosphériques indiquées par eux, on ne peut guère s'empêcher de reconnaître la nature inflammatoire et subinflammatoire des affections dont il s'agit; c'est ainsi que nous avons vu, entre les causes et les lésions organiques qui constituent les maladies glanduleuses et sécrétoires, périodiques et endémiques, observées par Hendy et Kœmpfer, des rapports qu'il est facile de saisir, et qui conduisent naturellement à la théorie physiologique des *obstructions* dans les fièvres intermittentes. En effet, l'on voit une irritation subinflammatoire externe qui, dans le principe, est assez légère ou peu profonde ; elle revient périodiquement, toutes les semaines ou tous les mois, sans laisser de traces durant les intermissions ; elle ne provoque que peu ou point de phénomènes fébriles ou sympathiques ; à mesure que cette

irritation se répète, et qu'elle devient plus intense, plus profonde, alors la fièvre qui l'accompagne ou les phénomènes sympathiques qu'elle développe sont plus sensibles; alors aussi la lésion locale ne disparaît plus dans les intervalles d'un accès subinflammatoire à l'autre; et ce premier noyau d'engorgement externe une fois formé, chaque redoublement périodique de l'irritation subinflammatoire ne fait que lui ajouter de nouveaux matériaux; tel nous concevons le développement morbide du foie, surtout de la rate, durant les accès d'une fièvre intermittente ordinaire quand elle tient à l'irritation inflammatoire de la muqueuse digestive: pendant le stade de froid, le sang arrive avec profusion dans les viscères, attiré d'une part par l'irritation gastrique, et poussé d'autre part par le refroidissement des organes extérieurs; le foie, et surtout la rate à cause de la mollesse de son tissu s'en laisse pénétrer d'une si grande quantité qu'elle ne peut pas toujours s'en débarrasser entièrement durant l'intermittence, et quand une fois il y a un premier noyau d'engorgement, alors chaque accès de fièvre ne peut que l'accroître, comme nous le verrons plus tard en traitant les fièvres intermittentes.

D'autres fois c'est le contraire qui peut avoir lieu: qui ne voit dans l'épidémie observée à la maison de la Force par Lordat, et relatée sous le nº 48, des éruptions cutanées périodiques dont chaque apparition met fin à la gastro-entérite par laquelle débute la maladie? Ces sortes d'épidémies de phlegmasies cutanées intermittentes, ne sont point rares; il est vrai que, dans ce dernier cas, l'éruption était en quelque sorte liée à la fièvre qui avait précédé; mais il n'en est point toujours ainsi: et si l'on parcourt les histoires d'épidémies qui ont été tracées par les meilleurs observateurs, on trouvera des affections cutanées, des affections rhumatismales et goutteuses dont les retours ou les exacerbations périodiques n'étaient pas précédés de symptômes fébriles et gastriques assez marqués pour que ceux-ci constituassent la maladie principale; dans lesquelles en un mot, il n'y avait que ce mouvement fébrile inséparable de toute affection cutanée, arthritique ou rhumatismale très aiguë; telle est l'épidémie que de Mertens a observée à Vienne en Autriche, pendant les mois de décembre et de janvier 1782 et 1783, et qui se manifesta par suite de fréquentes et brusques variations atmosphériques. Les malades éprouvaient, tous les jours et régulièrement vers le soir, des douleurs dans toutes les articula-

tions des membres. Ces douleurs allaient tellement en augmentant jusqu'à minuit qu'elles arrachaient des cris aigus à la plupart des nombreux individus qui furent attaqués à la fois de cette épidémie rhumatismale. Depuis minuit, la crise s'établissait peu à peu par les sueurs. Les douleurs articulaires diminuaient ou cessaient presque entièrement durant le jour ; à peine si l'on observait alors le moindre mouvement fébrile. Pendant l'intervalle de temps qui séparait ces accès ou redoublements arthritiques quotidiens, les malades n'éprouvaient point de douleurs. Pourvu qu'ils restassent tranquilles dans leur lit, ils étaient calmes et sans fièvre; mais aussitôt qu'ils se livraient à quelques mouvements un peu considérables, alors les douleurs reparaissaient, et par suite l'agitation et la fièvre. De Mertens employa contre cette maladie le soufre doré d'antimoine, les décoctions de bardane, de salsepareille, et le quinquina luimême; mais ce fut l'usage des bains artificiels de Baden qui lui réussit le mieux pour guérir ses malades. — Les causes, les symptômes et le traitement de cette épidémie (appelée fièvre rémittente arthritique) n'indiquent-ils pas évidemment un rhumatisme articulaire avec des exacerbations périodiques quotidiennes?

Le type d'intermittence des irritations périodiques externes peut, comme nous l'avons vu, présenter une grande variété : ces irritations peuvent offrir non seulement tous les types reconnus jusqu'à ce jour, aux fièvres intermittentes dites essentielles, mais un bien plus grand nombre encore, puisqu'on limite en général la durée d'intermittence de ces fièvres depuis quelques heures jusqu'à deux jours, rarement jusqu'à trois, quatre ou cinq jours, presque jamais au-delà; tandis que l'intermittence des irritations dont il s'agit peut durer huit, dix, douze, quinze, vingt jours, plusieurs semaines, plusieurs mois, une année et plus, sans qu'il y ait aucun changement dans leur nature, ou dans le développement et la terminaison des symptômes qui constituent leurs accès : Ainsi, qu'une éruption cutanée, qu'un érysipèle, par exemple, revienne régulièrement tous les deux jours, tous les trois jours, tous les huit jours, tous les mois, tous les six mois, etc., ce sera toujours une phlegmasie intermittente de la peau qu'on aura à traiter, quelle que soit d'ailleurs l'intensité des symptômes locaux, et que l'érysipèle soit accompagné ou non de phénomènes sympathiques, fébriles et gastriques;

parce que tous les symptômes que cette phlegmasie nous offre avec le type tierce, elle peut également les présenter sous les types quintane, septénaire, octane, décimane, quindécimane, mensuel, sextimensuel, etc. C'est encore une vérité établie sur les faits que nous avons rapportés. Cependant qu'on lise les auteurs qui ont traité ou fait quelque mention des maladies dont il s'agit, et l'on verra qu'une éruption cutanée, avec le type tierce ou quarte, est une *fièvre larvée,* lorsqu'elle est bornée à des symptômes locaux! on verra qu'elle constitue rien moins qu'une *fièvre pernicieuse exanthématique*, quand elle est assez intense pour développer quelques phénomènes sympathiques ou fébriles! enfin on verra que la même phlegmasie intermittente cutanée, si elle revient régulièrement tous les huit jours, tous les quinze jours, tous les mois, avec fièvre ou sans fièvre, n'est plus ni une fièvre larvée, ni une fièvre pernicieuse; c'est alors tout simplement une maladie périodique; c'est-à-dire que, dans le cas seulement où il y a un long intervalle entre les accès, la maladie intermittente, quelle qu'elle soit, n'est plus réputée *fièvre*, ni intermittente ordinaire, ni larvée, ni pernicieuse! Cependant cette exclusion arbitraire de la fièvre n'est pas autrement fondée, si ce n'est que cette maladie s'éloigne alors des habitudes de la fièvre en général qui, en fait d'intermittence, s'en tient volontiers à ses types quotidien, tierce et quarte. Or, nous le demandons, l'intensité plus ou moins grande des symptômes locaux, et par suite le développement ou l'absence des phénomènes sympathiques et fébriles, peuvent-ils donc changer la même maladie au point qu'il faille, pour indiquer l'une ou l'autre circonstance, en faire deux êtres particuliers sous les noms différents de *larvé*, de *pernicieux*? Quelques jours de plus ou de moins dans la durée de l'intermittence peuvent-ils encore exiger qu'on en fasse un troisième état pathologique sous le nom de *maladie périodique*? Plus personne aujourd'hui n'hésitera sans doute à rejeter toutes ces distinctions ridicules, tous ces êtres pathologiques à part, larvés, pernicieux et autres, qu'on se plaisait jadis à créer au moindre changement dans l'intensité et la marche des maladies.

Quelle que soit la nature inflammatoire, hémorrhagique, subinflammatoire et nerveuse, des irritations périodiques externes, elles peuvent présenter tous les différents types d'intermittence que nous avons signalés. Cependant, nous avons vu qu'il y avait

une remarque assez importante à faire à cet égard, c'est-à-dire touchant la prédilection de quelques unes de ces irritations pour tels ou tels types : ainsi, par exemple, les irritations inflammatoires externes, comme les fièvres intermittentes en général, présentent beaucoup plus souvent les types quotidien, tierce et quarte que les autres types d'intermittence; les irritations périodiques, subinflammatoires et hémorrhagiques, au contraire, ont une préférence bien marquée pour les types quintane, octane, quindécimane, et surtout mensuel ; ce dernier est le type habituel de certaines hémorrhagies, et c'est en général celui que présentent le plus souvent toutes les irritations subinflammatoires et hémorrhagiques externes. Une autre remarque assez constante, relativement au type, c'est la disparition presque toujours complète des phénomènes locaux de l'irritation durant l'intervalle des accès névralgiques et hémorrhagiques. Dans les irritations subinflammatoires, au contraire, il est assez ordinaire que les symptômes locaux ne disparaissent point entièrement dans l'intervalle dont il s'agit; il n'y a le plus souvent qu'une rémission bien sensible dans l'intensité des phénomènes locaux et généraux qui constituent les accès subinflammatoires. Il n'est point rare aussi que, dans les phlegmasies périodiques externes, des symptômes de rougeur, de gonflement, ne persistent après la terminaison des accès inflammatoires, de manière à constituer, pour celles-ci, le type rémittent quotidien, tierce, quarte, etc., et, pour les irritations subinflammatoires, le type rémittent octane, hebdomadaire, quindécimane, et surtout mensuel, comme nous l'avons dit.

Les irritations intermittentes externes peuvent changer de type d'intermittence et en présenter successivement plusieurs, comme les fièvres intermittentes ordinaires; on voit des exemples de ce changement sous les nos 40, 41, 61, 69, 76, 85 et 137. Néanmoins, cette circonstance est bien loin d'être aussi fréquente que dans les fièvres d'accès; il est au contraire prouvé que les irritations périodiques externes conservent, avec beaucoup de constance et de régularité, le type qu'elles ont offert dès le principe. La durée de leurs accès, bien qu'elle puisse varier de quelques minutes et de quelques heures à quelques jours, en général pourtant, n'atteint guère la durée des accès de fièvre intermittente et rarement la dépasse. Dans la première catégorie se trouvent les irritations hémorrhagiques et nerveuses; dans la se-

conde, les irritations inflammatoires; et s'il y avait une exception à faire pour la durée des accès, ce serait pour les irritations subinflammatoires et quelques affections phlegmoneuses périodiques dont la durée des accès est de plusieurs jours, surtout quand l'inflammation parcourt toutes ses périodes et se termine par suppuration, comme dans les observations sous les n°s 52, 53 et 143.

Le simple exposé des faits nous semble prouver que les irritations intermittentes externes sont en général des affections purement locales ou bornées à des symptômes locaux. Elles constituent toujours ou des inflammations, ou des hémorrhagies, ou des subinflammations, ou des névralgies, avec le type rémittent et plus souvent intermittent. Ces propositions, dont on ne peut plus aujourd'hui contester la vérité, sont pourtant opposées à tout ce qu'on a écrit sur ce sujet, sans en excepter l'excellent mémoire du docteur Arloing, où nous avons puisé plusieurs observations très intéressantes. Car ce praticien, tout en convenant que les fièvres larvées sont des affections bornées à des symptômes locaux, et qu'il serait mieux, selon lui, d'appeler *fièvres locales*, ne veut point qu'elles constituent ni des névralgies, ni des inflammations, il en fait des maladies *d'une nature particulière*, et voici comment il s'exprime à cet égard : « Dans » les fièvres larvées, il y a lésion locale de la sensibilité. Si l'af- » fection se bornait là, ce serait une névralgie ; mais il y a en » outre une réaction faible et parfois si obscure qu'elle est insen- » sible, parce que le principe vital ne cherche point à développer » ses forces. Il y a aussi excrétion d'urines briquetées. *Voilà ce* » *qui les constitue fièvres*. Ces maladies sont intermédiaires » entre les névroses et les fièvres intermittentes, et forment en » quelque sorte la transition des unes aux autres (1). »

Presque tous les autres écrivains considèrent les maladies périodiques ou fièvres larvées comme des affections générales, c'est-à-dire tantôt comme de véritables fièvres intermittentes cachées ou déguisées, tantôt comme des fièvres intermittentes pernicieuses.

MM. Bailly et Rayer, sans faire des irritations périodiques externes des fièvres intermittentes pernicieuses ou des maladies générales, n'accordent cependant que peu ou point d'importance

(1) *Journal général de médecine*, t. LVIII.

aux symptômes locaux qui les constituent, et les regardent presque toujours comme la suite ou la dépendance d'une fièvre intermittente essentielle, d'une affection primitive des premières voies. Connaissant aujourd'hui le rôle si important que jouent les organes digestifs dans la plupart des maladies aiguës, nous aurions eu nous-mêmes la plus grande tendance à adopter cette dernière opinion si elle n'était en opposition avec les faits. Ce sont ces faits qui prouvent évidemment qu'un grand nombre d'irritations intermittentes externes sont des affections idiopathiques et purement locales, comme on peut le voir sous les nos 2, 3, 6, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 22, 26, 41, 55, 59, 115, 116, 119, 121, 122, 125, 128, 131, 134, 135, etc.

Les faits prouvent aussi que ces irritations, lorsqu'elles sont très intenses, ou qu'elles attaquent des individus très irritables, peuvent développer tous les phénomènes généraux et sympathiques qui constituent la fièvre; c'est-à-dire qu'elles peuvent exercer une influence très marquée sur le cœur, l'estomac, le cerveau, la moelle épinière, etc. Ces faits prouvent que quelques unes de ces irritations, telles que les inflammatoires, déterminent fort souvent les phénomènes généraux dont il s'agit, surtout les phlegmasies cutanées et articulaires périodiques, tandis que les irritations intermittentes hémorrhagiques ne les développent presque jamais, et les névralgies périodiques assez rarement. Cette influence sympathique des affections intermittentes externes sur les viscères peut s'exercer partiellement, et tantôt n'avoir lieu que sur le cerveau et la moelle épinière, comme dans les irritations périodiques sous les nos 113, 117, 119, 127 et 131, tantôt sur le cœur et le système circulatoire seulement, comme dans les observations sous les nos 1, 6, 23, 47, 60, 123, 124; tantôt ne déterminer qu'un trouble léger des fonctions digestives, comme dans les exemples sous les nos 4, 17, 20, 24, 32, 130; tantôt développer à la fois des phénomènes sympathiques nerveux, fébriles et gastriques, plus ou moins variés et assez nombreux, comme le prouve un plus grand nombre d'observations dont nous citerons quelques unes sous les nos 7, 8, 9, 10, 15, 20, 23, 24, 28, 36, 39, 40, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 54, 60, 61, 62, 63, 68, 97, 101, 102, 105, 107, 116, 137, 139, etc. Eh bien! toutes ces conclusions, que nous venons de déduire de faits nombreux et évidents, se trouvent encore en opposition avec la manière de voir de plusieurs auteurs. Médicus en particulier veut que toujours

les maladies périodiques récidivent sans fièvre ou avec *des marques si obscures* de fièvre quelconque qu'elles échappent aux yeux les plus clairvoyants ; autrement ce ne sont plus, selon lui, des maladies périodiques, mais des *fièvres pernicieuses.*

« Les fièvres larvées, dit M. Arloing (mémoire cité) se montrent » le plus ordinairement dans le plus grand état de simplicité; c'est-» à-dire qu'elles consistent dans une lésion absolument locale, » et sans altération d'aucune fonction ; les forces digestives sur-» tout conservent toute leur intégrité. »

Les fièvres larvées ou masquées, d'après MM. Bonnet (1) et Maillot (2) constituent un *genre* de fièvres intermittentes anormales, dans lequel il n'y a ni frisson, ni chaleur, ni sueur, et qui *consiste uniquement* dans l'apparition périodique d'un symptôme plus ou moins *grave.*

Ces auteurs font encore un *genre à part* des fièvres partielles ou locales, dans lequel les phénomènes fébriles qui leur sont propres ne se développent que sur une partie limitée, comme un bras, un pied, une jambe, une moitié de la tête, etc. Conçoit-on cette nécessité de multiplier les êtres pathologiques et fébriles au point d'établir *deux genres* de fièvres à part pour les maladies dont il s'agit! Évidemment ces praticiens ne peuvent leur donner une si grande importance que parce qu'ils s'en laissent imposer par le prestige de l'intermittence ou par le retour périodique des lésions locales dont le symptôme caractéristique ne doit pas être plus ou moins *grave* puisqu'il ne suscite selon eux aucun phénomène sympathique ou fébrile.

Mais puisque bon nombre de faits, dont plusieurs ont été puisés dans les écrits mêmes des médecins dont nous venons de parler, prouvent que la fièvre accompagne assez souvent les irritations intermittentes externes, surtout les phlegmasies et les subinflammations périodiques, que faire alors de cette fièvre, tantôt bornée à des symptômes locaux, tantôt composée de phénomènes généraux ? Faut-il en tirer parti pour établir *deux genres* de fièvres anormales comme MM. Bonnet et Maillot, ou pour établir seulement une *espèce particulière* de maladies périodiques sous le nom de *fièvres locales* ou de *pyrexies limitées*, comme Van-Swiéten et MM. Arloing et Audouard (3), et qui soit distincte ou

(1) *Traité des fièvres intermittentes*, 1835.
(2) *Traité des fièvres cérébro-spinales intermittentes*, 1836.
(3) *Thérapeutique des fièvres intermittentes.*

différente de celle qu'on nomme *fièvres larvées*, comme le pense M. de Lens, qui reproche à M. Arloing de confondre les fièvres locales avec les fièvres larvées, de n'établir entre elles *aucune différence notable* (1)? ou bien faut-il transformer cette fièvre, qui accompagne parfois une irritation intermittente externe, en une fièvre intermittente *essentielle*, *bénigne* ou *pernicieuse*, comme le pensent encore plusieurs auteurs? Aucune de ces opinions ne nous paraît admissible : la première, parce que nous sommes peu disposés à multiplier sans fondement les êtres pathologiques et fébriles ; la seconde parce que nous ne concevons pas la *différence notable* qu'il peut y avoir ou que M. de Lens prétend trouver entre les fièvres locales et les fièvres larvées. En effet, appeler fièvres *locales* les affections intermittentes externes, précisément lorsqu'elles ne sont pas bornées à des symptômes locaux, et qu'elles présentent des phénomènes sympathiques ou fébriles, c'est vouloir exprimer le contraire de ce qui existe réellement. On conçoit bien que, dans ce cas, on puisse avoir quelque répugnance à les appeler fièvres *larvées*, puisque la fièvre, loin d'être cachée ou déguisée, est très apparente. Mais cet embarras ne contribue-t-il pas encore à prouver le vice radical de toutes ces dénominations, et ne vaut-il pas beaucoup mieux les abandonner que d'établir pour les justifier des distinctions subtiles et inexactes? Il est évident que le nom de fièvre locale ou de pyrexie limitée conviendrait mieux aux affections dont il s'agit, lorsqu'elles sont bornées à des symptômes locaux, c'est-à-dire lorsque M. de Lens veut qu'elles constituent exclusivement des fièvres larvées, parce qu'alors, surtout si ces affections sont inflammatoires, il y a véritablement accélération locale de la circulation, comme l'ont constaté Hoffmann, Van-Swiéten et M. Arloing ; mais nous avons prouvé précédemment que, même dans ce cas, le nom de *fièvre locale* ne pouvait leur convenir parce que la fièvre, qui n'est d'abord que locale dans un accès d'irritation périodique, peut devenir générale l'accès suivant, si les symptômes locaux de l'irritation sont portés à un très haut degré. Il faut donc renoncer entièrement à toutes les dénominations vicieuses dont il s'agit.

Quant à la troisième opinion, nous pensons qu'elle doit être rejetée, parce que la fièvre intermittente qui accompagne parfois

(1) *Bibliothèque médicale*, t. LV.

une irritation externe de même type, ne constitue jamais une fièvre essentielle; le plus souvent cette fièvre est symptomatique de cette irritation elle-même; s'il arrive parfois qu'elle ne dépende point de cette dernière, alors elle tient à l'irritation des viscères, et principalement de la muqueuse digestive. En effet, comment pourrait-on soutenir que la fièvre dont il s'agit est *essentielle* quand on a eu sous les yeux une irritation intermittente externe, inflammatoire, lymphatique ou nerveuse, dont on a pu suivre le développement depuis son commencement jusqu'à sa fin; quand on a été témoin, dans plusieurs cas, de symptômes purement locaux et qui constituaient à eux seuls les accès inflammatoires, hémorrhagiques, subinflammatoires et nerveux, quels que fussent la durée de ces accès et le nombre de leurs retours périodiques; quand on a vu quelquefois les premiers accès de cette irritation présenter assez d'intensité dans les symptômes locaux qui la caractérisent pour provoquer une fièvre sympathique bien marquée, puis, les accès suivants, présenter moins d'intensité dans ces symptômes, et par suite moins de fièvre; quand on a vu l'amendement de ces symptômes locaux préluder constamment à celui de la fièvre; quand on a vu l'intensité de cette fièvre, ou des influences sympathiques qui la constituent, diminuer dans la même proportion que celle de l'affection locale; quand on a vu la fièvre dont il s'agit ne survenir que quelque temps après l'existence de l'irritation intermittente externe, lorsque celle-ci devenait plus intense ou se compliquait d'une autre affection; quand on a vu enfin les accès de la maladie locale persister ou se répéter un certain nombre de fois sans fièvre, du moment que les symptômes locaux de cette maladie n'ont plus été assez intenses pour la susciter. L'on peut voir sous les n°s 7, 14, 15, 23, 28, 38, 40, 47, 48, 49, 50, 51, 60, 61, 63, 64 et 65, des faits qui établissent toutes les diverses circonstances dont nous venons de parler, et qui prouvent que la fièvre dont il s'agit n'a point été et ne pouvait être essentielle.

Le docteur Hendy a très bien prouvé que la fièvre qui accompagne souvent les accès ou les exacerbations périodiques de l'affection glanduleuse de Barbade, était symptomatique de cette subinflammation, parce qu'elle survient toujours plusieurs heures après la manifestation des symptômes locaux, et que souvent elle n'a point lieu, quand le retour ou l'exacerbation de ces symptômes est peu considérable. « Cependant les médecins indiens,

» ceux qui les premiers observèrent cette affection singulière à » l'île de Barbade, ne s'arrêtèrent qu'au phénomène du frisson » ou de la fièvre, et regardèrent les autres comme sa dépendance. » Les uns et les autres (tombant dans l'erreur), dit M. Alard, pri- » rent la maladie lymphatique dont il s'agit pour une fièvre inter- » mittente, et la rangèrent sous ce titre dans leurs classifica- » tions (1). » N'est-ce pas ce qu'on a fait à l'égard de presque toutes les autres irritations périodiques externes qui sont accompagnées de fièvre? M. Alard lui-même n'est point exempt de cette erreur, et n'y retombe-t-il pas aussitôt qu'il perd de vue l'inflammation des vaisseaux absorbants lymphatiques auxquels seuls il semble attribuer le privilége de produire la fièvre symptomatique?

De tout ce que nous venons de dire, il ne faut point conclure que la fièvre, qui accompagne plus ou moins souvent les accès d'une irritation périodique externe, soit toujours sympathique des symptômes locaux qui la constitue : 1° parce que, quelle que soit la nature, inflammatoire, nerveuse, subinflammatoire et hémorrhagique, de cette irritation, les phénomènes généraux ou fébriles qui n'indiquent d'abord que son influence sympathique sur le cœur, le cerveau, l'estomac, etc., peuvent être portés assez loin pour que, suivant la prédisposition des individus, l'affection secondaire du système digestif devienne la maladie principale, et même persiste après que l'irritation externe primitive a disparu, comme on en voit des exemples sous les n°s 28, 31 et 124; 2° parce que la fièvre précède quelquefois l'irritation périodique externe de plusieurs jours, ou ne se trouve point en rapport par son intensité avec le faible degré des symptômes locaux de cette irritation, comme dans les observations sous les n°s 34, 37, 110 et 116. Mais dans ces cas, qui sont assez rares, la fièvre, loin encore d'être essentielle, dépend, comme nous le verrons plus tard, d'une affection intermittente des viscères qui a précédé, et qui coexiste avec l'irritation périodique externe, irritation qui peut aussi bien que la fièvre n'être que sympathique et secondaire de l'affection viscérale. Il n'y a pas de doute, par exemple, que dans les observations dont nous venons de parler, le siége de l'affection primitive et principale ne fût dans les viscères. Stoll, de qui nous empruntons la dernière de ces observations, attribue

(1) *De l'inflammation des vaisseaux absorbants lymphatiques*, etc., 2e édition, 1824.

avec raison la fièvre à un excès d'irritabilité de la muqueuse digestive ; et le professeur Golfin, auteur de la première, à ce qu'il appelle la *gastricité.*

De tous les faits rapportés, il résulte que les irritations périodiques externes n'offrent en général que peu ou point de danger. Bien loin de là, nous en avons vu plusieurs qui étaient plutôt utiles et que les médecins étaient portés à entretenir dans l'intérêt de la conservation de leurs malades, ou dans la crainte que leur suppression ne fût le signal d'invasion de quelque affection plus grave dans les viscères. Ces sortes de cas ne se rencontrent guère que dans les irritations intermittentes hémorrhagiques ; mais il y en a de frappants, et dans lesquels la guérison de l'hémorrhagie périodique externe fut suivie de catarrhe chronique, de péripneumonie, et de gastro-entérites plus ou moins graves, comme dans les observations sous les n[os] 85, 86 et 91. Le plus souvent l'irritation périodique externe, ni par sa terminaison, ni par sa durée, ne fait courir au malade aucun danger ; s'il en existe parfois, c'est lorsqu'elles sont accompagnées de fièvre, et alors le danger est en raison de l'intensité des phénomènes fébriles, c'est-à-dire de la souffrance idiopathique ou sympathique des viscères surtout gastriques. La périodicité ou l'intermittence ne fait point le danger d'une maladie quelconque, puisque nous en avons vu un si grand nombre à l'extérieur qui présentaient ce type sans faire courir le moindre danger aux malades. Pourquoi donc plusieurs auteurs anciens et modernes en ont-ils fait, et pourquoi quelques uns en font-ils encore aujourd'hui des fièvres intermittentes *pernicieuses essentielles*? Pourra-t-on jamais concevoir, par exemple, qu'un rhumatisme intermittent, qu'une névralgie périodique, sans fièvre et sans danger, aient pu servir à créer de nouvelles espèces de fièvres intermittentes pernicieuses? C'est pourtant ce qui est arrivé : le professeur Alibert, par exemple, a pris dans Morton (1) les exemples de rhumatisme et d'hémicrânie périodiques, rapportés sous les n[os] 55 et 115, et les a transformés en fièvres *pernicieuses rhumatismale et céphalalgique.* Mais ce qui est bien plus surprenant encore, c'est qu'en 1830 M. Boisseau puisse porter la courtoisie jusqu'à légitimer ces sortes de transformations!! Rien n'empêche, ce nous semble, de tenir pour *classique* le Traité des fièvres pernicieuses, tout en

(1) *Traité des fièvres pernicieuses,* 4e édition, 1820.

reconnaissant des erreurs qui peuvent disparaître dans de nouvelles éditions. En examinant les faits dont il s'agit, M. Arloing (mémoire cité) reconnaît, comme nous, qu'il ne s'agit que de simples céphalalgies et douleurs rhumatismales périodiques ; mais c'est à tort qu'il reproche à Morton de les *avoir prises pour des fièvres ataxiques*, puisqu'il n'a jamais vu en elles que des fièvres larvées ; et si, de nos jours, on les a transformées en fièvres intermittentes pernicieuses, à coup sûr ce n'est point la faute de l'observateur anglais.

N'a-t-on pas pris également des odontalgies (nº 136), des ophthalmies (nº 5), des amauroses (1), des otites (nº 28), des exanthèmes (nºˢ 33, 34 et 37), des érysipèles fébriles (2), des céphalées (nºˢ 116 et 130), des éruptions pédiculaires (3), et même des paralysies intermittentes (4), pour en faire des fièvres pernicieuses *odontalgique, ophthalmique, amaurosaïque, otalgique, exanthématique, érysipélateuse, encéphalique, phthiriasique* et *paralytique?* Il n'y a pas long-temps encore, comme on le voit sous les nºˢ 61, 64, 65 et 70, qu'on a pris des hémorrhagies intermittentes, des affections goutteuses et rhumatismales périodiques, pour en créer des fièvres intermittentes pernicieuses *hémorrhagique, ischiatique, arthritique, rheumatique* (5) ; et dans un ouvrage publié en 1824 par le docteur Puccinotti (6), on trouve des fièvres intermittentes pernicieuses *épistaxique, ischiatique, tétanique, lymphatique*, etc. Il n'y a donc pas de raisons pour que nous ne fassions aussi des êtres intermittents pernicieux de tous les exemples d'irritations périodiques externes que nous avons recueillis ; il en résulterait une assez belle collection d'entités pernicieuses ! Nous devons cependant reconnaître qu'en France le zèle des médecins qui tendent à personnifier des symptômes, et à grossir le catalogue des fièvres intermittentes pernicieuses, s'est presque entièrement dissipé; et depuis la publication de notre premier essai sur les irritations intermittentes, le professeur Alibert n'a pas

(1) Vacca-Berlinghieri, *Saggio interno alle principale e più frequenti malattie del corpo umano.*

(2) Sennert et Hoffmann.

(3) Cazals, *Journal général de médecine*, t. XXX.

(4) Molitor et Colombot, *Mémoires sur une épid. de fièvre intermitt. adynamico-ataxique.*

(5) Ozanam, *maladies épidémiques*, t. II.

(6) *Histoire des fièvres intermittentes pernicieuses, observées à Rome, de 1819 à 1822.*

ajouté une seule espèce à son ancien tableau des fièvres pernicieuses. On a eu le bon esprit de laisser aux médecins italiens tout le mérite des créations nouvelles et modernes de fièvres pernicieuses; puissent-ils le garder tout entier et à jamais !

Les erreurs que nous venons de signaler ou l'étrange méprise dans laquelle on est tombé quand on a transformé en fièvres pernicieuses essentielles des affections intermittentes externes, nerveuses, inflammatoires, hémorrhagiques et subinflammatoires, proviennent de deux sources : 1° de ce qu'il existe une très grande analogie entre les irritations intermittentes placées à l'extérieur et celles qui ont leur siége dans les viscères, c'est-à-dire entre les fièvres larvées et les fièvres intermittentes pernicieuses des auteurs. C'est uniquement sur cette analogie que paraît se fonder M. Chomel pour conserver les fièvres larvées, ou pour transformer, comme on le voit sous le n° 25, un coryza périodique en fièvre larvée; c'est le retour des accès de cette inflammation locale, tous les jours aux mêmes heures, c'est la durée de ses accès, égale à celle d'un accès de fièvre intermittente, qui lui ont fait *découvrir*, dit-il, *une analogie marquée*, et lui ont *indiqué*, dans le fait dont il s'agit, *une fièvre larvée*. On voit également sous le n° 17 une conjonctivite sans fièvre, dont M. Meynier, par les mêmes motifs, fait une fièvre larvée-ophthalmique. Nous reviendrons plus tard sur l'analogie dont il s'agit. 2° De ce qu'on s'en est laissé imposer par le type intermittent des maladies, et qu'à l'exemple des anciens on a cru que partout où il y avait intermittence il devait y avoir fièvre essentielle. Il est si vrai qu'on a commis l'erreur dont il s'agit, que, si l'on ôte des signes caractéristiques d'une fièvre larvée quelconque, d'une névralgie périodique, par exemple, la circonstance de sa disparition plus ou moins rapide et de son retour à des époques déterminées, que reste-t-il pour établir son caractère de fièvre larvée? ou autrement qu'y a-t-il qui la distingue d'une névralgie ordinaire ? Que trouve-t-on dans le coryza-fièvre-larvée de M. Chomel qui le distingue d'une rhinite ordinaire? On ne voit rien, absolument rien. Que trouve-t-on dans les ouvrages de Morton, de Lautter, de Médicus, qui puisse servir à faire la distinction dont il s'agit ? L'on ne trouve rien encore, si ce n'est le phénomène des *urines briquetées*.

Il n'y a, suivant M. Arloing, que ce dernier phénomène, plus une *réaction faible* et *parfois insensible*. Enfin, suivant MM. Fournier et Vaidy, le sédiment briqueté des urines est, dans le cas

dont il s'agit, *le signe le plus certain* auquel on puisse reconnaître une fièvre larvée (1).

Or, nous le demandons à tout médecin de bonne foi, le *sédiment briqueté des urines* peut-il seul être d'une importance si grande qu'il puisse, à lui seul, changer la nature d'une maladie quelconque ? D'ailleurs, tous les praticiens ne s'accordent-ils pas à penser que le sédiment briqueté des urines est bien loin d'être constant dans les fièvres larvées, pas plus que dans les fièvres intermittentes ordinaires ? Lautter, Storck, Senac, Strack, Van-Swiéten, etc., ont souvent vu manquer, dans les unes et dans les autres, le phénomène dont il s'agit. « Le sédiment briqueté » des urines, dit M. Double, n'est qu'un signe accessoire et qui » ne peut guère avoir qu'une valeur approximative. » Mais quand il serait prouvé que ce phénomène accompagnât constamment l'intermittence et qu'il y eût sédiment briqueté des urines dans toutes les irritations intermittentes, s'en suivrait-il qu'une névralgie, une dartre, une hémorrhagie, un rhumatisme, une ophthalmie périodiques (par le seul fait des urines briquetées), ne fussent plus de véritables affections nerveuse, subinflammatoire, hémorrhagique et inflammatoire, et dussent constituer des maladies à part, *suî generis*, sous le nom de *fièvres larvées*, de *fièvres pernicieuses* ?

Nous avons vu que les irritations intermittentes externes pouvaient se compliquer entre elles ou exister plusieurs en même temps chez le même individu, non seulement lorsqu'elles sont de même nature, mais encore quand elles appartiennent à une espèce différente.

Ces irritations peuvent aussi quelquefois alterner entre elles ou se succéder les unes aux autres : M. Arloing a vu une odontalgie intermittente alterner régulièrement avec une céphalalgie de même type, et une autre dans laquelle une céphalalgie remplace, dans le même accès, une odontalgie. Les affections périodiques externes ne reviennent point constamment dans les mêmes parties où elles s'étaient d'abord manisfestées ; mais elles peuvent changer de place, non seulement d'un accès à l'autre, mais encore pendant le même accès ; elles peuvent aussi attaquer alternativement les mêmes organes sur le côté droit et sur le côté gauche du corps, comme on en voit des exemples sous les nos **14, 16, 17, 40, 41, 51, 66, 75, 101** et **121**.

(1) *Dictionnaire des sciences médicales*, t. XV.

Nous avons vu que le diagnostic des irritations intermittentes externes était quelquefois difficile à établir, soit parce qu'elles reconnaissaient deux ordres de causes externes et internes, et que, dans ce dernier cas, elles ne constituaient point l'affection principale; soit parce que les symptômes qui les caractérisaient étaient peu marqués dans le principe, ou se trouvaient compliqués par la souffrance simultanée de plusieurs systèmes organiques; c'est ce qui arrive quand l'irritation paraît attaquer en même temps et presqu'au même degré, les nerfs, les capillaires sanguins et les vaisseaux blancs lymphatico-sécréteurs et absorbants. Mais, pour un petit nombre de cas où il est difficile de caractériser, soit inflammatoire, soit nerveuse, soit subinflammatoire, l'irritation périodique externe, s'ensuit-il de là qu'on puisse être autorisé à considérer toute irritation périodique comme un état morbide unique, toujours identique dans sa nature, et qui ne diffère jamais que du plus au moins? Peut-on dire que toutes les distinctions, que la diversité des faits pathologiques porte à établir, ne soient fondées que sur les différents degrés de cette irritation? Cette opinion, adoptée par des médecins physiologistes dont nous nous plaisons à reconnaître le talent, entre autres par M. Boisseau, ne nous paraît point fondée. On ne l'avait point encore émise quand nous avons établi notre division des irritations intermittentes en nerveuses, inflammatoires, hémorrhagiques et subinflammatoires; et, malgré tout ce qu'on a écrit sur ce sujet depuis 1821, nous nous croyons fondé à la conserver sans aucune modification, parce qu'elle a pour base la physiologie et l'anatomie pathologique, pour appui le raisonnement et la majorité des faits anciens et modernes. Oui, nous le répétons, ce n'est qu'en théorie et indépendamment des organes que l'irritation continue ou intermittente a pu paraître unique et identique dans sa nature. On n'avait pas réfléchi que, vue ainsi d'une manière générale, l'irritation n'était qu'un être abstrait, tout-à-fait imaginaire, semblable au tempérament tempéré de quelques physiologistes. En effet, tout comme il n'y a pas d'individu, dans lequel on observe un équilibre si parfait des fluides et des solides organiques, qu'il ne puisse être rattaché à l'un des tempéraments sanguin, nerveux, lymphatique, bilieux ou gastro-hépatique; de même, nous sommes fondé à croire, d'après l'observation, d'après la grande majorité des faits que nous avons rapportés, qu'il ne se présente pas d'irritation où il y ait

un tel équilibre entre la surexcitation des nerfs, des capillaires sanguins et des vaisseaux blancs, qu'on ne puisse indiquer comme particulièrement affectés les uns ou les autres de ces tissus primitifs.

Enfin il résulte de l'exposition des faits considérés sous le rapport des moyens thérapeutiques qu'on a opposés avec le plus de succès aux maladies dont il s'agit; il résulte, dis-je, que notre division des irritations intermittentes en quatre espèces est légitime et bien exacte, puisque c'est sur elle que sont fondées plusieurs règles très importantes du traitement, entre autres la différence des moyens employés pendant l'accès, et ceux qu'on doit réserver pour l'intermission, puisque chaque espèce d'irritations intermittentes, selon qu'elle est nerveuse, inflammatoire, hémorrhagique et subinflammatoire, exige un traitement particulier pendant toute la durée de ses accès, c'est-à-dire pendant tout le temps qu'existe l'irritation elle-même. Ainsi, par exemple, durant l'accès d'une hémicrânie violente et insupportable, on s'efforce d'arrêter ou de modérer les douleurs du malade en lui appliquant sur le côté douloureux de la tête des topiques opiacés, en lui administrant quelques potions antispasmodiques, calmantes; d'autres fois on a recours aux évacuants pour produire une espèce de dérivation sur le canal digestif, principalement sur les gros intestins, par des purgatifs appropriés à l'état du malade, ou par des lavements irritants; plus souvent c'est sur la peau qu'est portée cette révulsion, tantôt à quelque distance de la douleur, tantôt sur le point douloureux lui-même, par des topiques irritants, vésicants ou par des frictions stimulantes, par l'acupuncture, etc. Dans les névralgies périodiques en général, ce n'est pas seulement durant leurs accès qu'il faut avoir recours à des moyens calmants et narcotiques, mais il est avantageux de les unir encore à ceux administrés dans l'intervalle des accès pour en prévenir le retour. L'association de l'opium au quinquina ou au sulfate de quinine est presque toujours indiquée dans les cas dont il s'agit, et son utilité est si grande qu'elle a seule décidé la guérison de certaines irritations nerveuses contre lesquelles on avait épuisé tous les remèdes, et que les diverses préparations de quinquina seul ne pouvaient guérir, comme dans les observations sous les nos 23, 52, 54, 133 et 135.

Nous avons vu que dans les phlegmasies intermittentes externes c'étaient au contraire les moyens antiphlogistiques généraux, et surtout locaux, qu'il fallait employer durant les accès,

pour modérer ou arrêter les symptômes inflammatoires de douleur, de chaleur, et parfois de congestion sanguine plus ou moins considérable. Dans toutes les observations de phlegmasies périodiques qui se trouvent dans les œuvres de Morton, on voit que ce grand praticien faisait toujours précéder l'emploi du quinquina par celui de la saignée et des antiphlogistiques.

Durant les accès ou les exacerbations périodiques des irritations intermittentes subinflammatoires, on a également recours avec succès aux moyens antiphlogistiques locaux, comme aux sangsues, aux topiques émollients et sédatifs, aux bains, aux frictions, etc.; enfin, on modère ou l'on arrête les accès hémorrhagiques par des moyens tempérants, réfrigérants, quelquefois par les irritants locaux, plus souvent par les révulsifs dont l'action est la plus prompte, comme celle des pédiluves, des manuluves chauds et sinapisés, et principalement par la compression circulaire des membres, qui est peut-être le moyen le plus efficace qu'on puisse employer dans les circonstances dont il s'agit. On est obligé d'insister d'autant plus sur tous ces moyens indiqués, durant les accès, que ceux-ci durent plus long-temps, et présentent des symptômes locaux plus graves et plus violents.

Il résulte donc du traitement employé par tous les praticiens dont nous avons recueilli les observations, qu'il a été différent pendant les accès de chaque espèce d'irritation périodique. Il résulte enfin que s'il y a un traitement commun et qui convienne indistinctement à toutes les maladies intermittentes, ce n'est que durant l'intervalle de leurs accès qu'il doit être employé, parce qu'il ne s'agit plus alors d'arrêter ou de modérer une affection actuellement existante, actuellement dangereuse, mais seulement d'en prévenir le retour et le danger en portant dans l'économie par une voie quelconque, une stimulation ou un ébranlement capables de rompre cette habitude morbide en vertu de laquelle se répètent des accès inflammatoires, nerveux ou autres. A cet égard, l'expérience de tous les praticiens anciens et modernes, sans être unanime, s'est pourtant accordée sur l'efficacité presque constante de certains remèdes dont l'emploi méthodique suffit pour prévenir des accès périodiques quelconques. Nous avons vu que le quinquina ou le sulfate de quinine, administré convenablement durant l'intervalle des accès, guérissait ou prévenait toute espèce d'irritation intermittente externe, quelle que fût sa nature inflammatoire, hémorrhagique, subinflammatoire et nerveuse, quels

que fussent son siége et son type d'intermittence, pourvu toutefois que ses accès fussent réguliers. Nous avons vu à cet égard que l'efficacité de ce médicament était en raison de l'intermittence ou de la périodicité des irritations, et que celle-là était d'autant plus prompte et d'autant plus assurée, que celle-ci était plus longue et plus parfaite. Cela est si vrai que nous avons vu chez le même individu (nº 127), et pour la même affection nerveuse, le sulfate de quinine, qui l'avait guéri comme par enchantement lorsqu'elle présentait un type intermittent régulier, ne plus servir à rien quand cette affection récidiva avec le type rémittent, tandis que l'extrait de jusquiame, de valériane, et l'oxide de zinc, firent promptement cesser la maladie. Remarquons toutefois qu'il s'agit ici d'un type rémittent à exacerbations irrégulières; quand celles-ci reviennent aux mêmes heures, quels que soient le siége et la nature de l'irritation rémittente, nous avons reconnu que le sulfate de quinine pouvait encore les guérir parfaitement. Oui, pour peu qu'il y ait de la régularité dans les redoublements, surtout pour les affections d'une nature mobile, comme la goutte, le rhumatisme et certains exanthèmes, il ne faut pas hésiter à prescrire le sulfate de quinine à des doses plus ou moins fortes; on est presque sûr de les dompter assez facilement. Plusieurs médecins anglais, entre autres le docteur Whiting, l'ont administré avec succès dans des cas semblables; mais, pour plus de sûreté dans l'efficacité du sulfate de quinine, il faut toujours préalablement combattre l'inflammation par un traitement antiphlogistique très méthodique, surtout par les applications de sangsues, les ventouses scarifiées, les applications émollientes, etc.

Le traitement des affections intermittentes externes est d'autant plus facile qu'on n'a presque jamais à redouter des effets funestes de l'administration du quinquina, à quelque époque et à quelque dose qu'on le fasse prendre aux malades, parce qu'il est ordinairement reçu par un estomac sain et bien disposé à le recevoir. Ce médicament, dans le cas dont il s'agit, ne détermine point de vomissements; il ne cause ni embarras, ni engorgement quelconque dans les viscères, parce qu'il est employé contre des maladies le plus souvent locales, et qui n'exercent que peu ou point d'influences sympathiques sur les viscères. Néanmoins on a reconnu que c'était toujours dans l'intervalle des accès qu'il convenait d'administrer le quinquina ou le sulfate de quinine. Ce

n'est pas qu'en le faisant prendre durant l'accès on eût ici les mêmes accidents à redouter que dans la plupart des fièvres intermittentes ordinaires, parce que les organes digestifs qui, dans ce dernier cas, sont assez souvent affectés primitivement, comme nous le verrons, ne sont irrités que sympathiquement et souvent même ne sont nullement influencés durant les accès des irritations intermittentes externes; mais il ne faut point administrer les préparations de quinquina pendant la durée des accès, 1° parce que ce médicament serait au moins inutile et employé en pure perte, vu qu'il constitue plutôt un moyen prophylactique qu'un moyen curatif; vu qu'il n'arrête point l'irritation actuellement existante et qui constitue l'accès, mais qu'il peut seulement en prévenir une nouvelle, si on l'administre convenablement dans l'intervalle d'un accès à l'autre; 2° parce qu'il s'en faut bien que toutes les affections périodiques externes soient purement locales et sans influence sur les viscères. Il en est plusieurs, surtout parmi les inflammations et les subinflammations, qui déterminent assez souvent des phénomènes sympathiques fébriles et gastriques; parmi les irritations inflammatoires et subinflammatoires périodiques, nous avons vu que les phlegmasies cutanées et articulaires, que certaines affections glanduleuses et lymphatico-sécrétoires exerçaient presque toujours des influences sympathiques si marquées sur les organes digestifs, que leurs fonctions en étaient sensiblement dérangées pendant les accès ou les redoublements de ces affections. Or, dans tous ces cas, bien que l'estomac ne soit presque toujours irrité que sympathiquement, le quinquina pourrait être nuisible si on l'administrait durant les accès. Il ne faudrait même point le faire prendre immédiatement après leur terminaison si l'on voyait persister quelques phénomènes généraux, fébriles, et surtout gastriques, parce que son ingestion pourrait augmenter l'affection sympathique de l'estomac, et causer des accidents. On a vu dans ce cas l'emploi intempestif du quinquina transformer l'affection sympathique dont il s'agit en une véritable phlegmasie qui est devenue la maladie principale, et qui a persisté plus ou moins long-temps à la place de l'irritation périodique externe qu'elle avait en quelque sorte remplacée; à plus forte raison, quand celle-ci dès le principe est secondaire on dépendante de la lésion des viscères, surtout des organes digestifs, comme dans les observations sous les nos 21, 31, 34, 37, 65 et 110. Dans ces cas, l'on doit être très réservé sur l'emploi du quinquina, et attendre

une intermission parfaite des symptômes gastriques avant de l'administrer. Il est même quelquefois utile en pareils cas de faire précéder l'administration du quinquina par l'usage des évacuants, lorsque le canal digestif paraît évidemment surchargé ou irrité par une trop grande quantité de matières alimentaires bilieuses ou autres ; le plus souvent c'est par l'usage de la saignée et des applications de sangsues sur la région épigastrique qu'il faut débuter quand il y a des symptômes évidents de pléthore sanguine et d'irritation gastro-entérique. Dans ce dernier cas, il est prudent de n'administrer le quinquina ou le sulfate de quinine qu'en lavements. Il y a encore des cas dans lesquels l'irritabilité de la membrane qui tapisse le rectum et les organes génito-urinaires est si grande qu'on ne peut administrer l'anti-périodique par cette voie sans qu'il ne cause de la chaleur, des épreintes douloureuses, quelquefois un priapisme insupportable, comme dans l'observation sous le nº 12 ; il faut alors l'administrer en friction sur la peau ou sur la plaie d'un vésicatoire, selon la méthode endermique. Enfin, il y a des cas où l'absorption par cette voie est peu marquée, et où l'efficacité du sulfate de quinine se trouve mise en défaut ; c'est alors le cas d'en essayer l'administration en poudre par le nez, et aspirée en guise de tabac, comme MM. Percy et Richerand l'ont fait avec succès dans des cas de céphalée ou d'ophthalmie intermittentes, et comme l'a confirmé dernièrement M. Bourjot-Saint-Hilaire contre l'iritite intermittente quotidienne.

Malgré tout ce que nous avons dit de l'efficacité du quinquina ou du sulfate de quinine contre les irritations intermittentes externes, on ne peut point considérer ce médicament comme un moyen spécifique contre ces affections ; d'abord parce qu'il est arrivé plusieurs fois qu'il n'a pu les guérir, quelque méthodique qu'ait été son emploi, à quelques doses qu'on l'ait donné, et quoiqu'on ait insisté assez long-temps sur son usage, comme dans les observations sous les nºs 23, 52, 65, 71, 129, 133 et 135 ; ensuite parce qu'il est prouvé que plusieurs autres moyens ont été employés avec succès contre les affections intermittentes les mieux caractérisées. Quelquefois ces affections se sont dissipées d'elles-mêmes ; d'autres fois à l'aide des boissons délayantes et de la saignée ; plus souvent par un traitement antiphlogistique local, par les applications émollientes, les sangsues etc., comme dans les observations sous les nºs 29, 41, 46,

47, 50, 52, 54, 59, 63, 101, 110, 112, 121, 134 et 138.

Les irritations intermittentes externes peuvent aussi se dissiper entièrement par le retour des menstrues ou de quelques autres évacuations habituelles qui avaient été supprimées, comme sous les nos 14, 44 et 123. Elles peuvent se terminer par le développement dans un autre point, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur, de quelques affections de même nature qui les remplacent par une sorte de mouvement critique, comme sous les nos 26, 85, 86 et 91. On a quelquefois guéri les affections dont il s'agit par l'emploi du sulfate de fer, des arséniates de potasse et de soude, et plus souvent par la potion stibio-opiacée de Paysson, comme dans les observations sous les nos 113, 114, 125 et 126.

Il y a plusieurs faits qui constatent aussi l'efficacité des amers et des toniques indigènes contre les irritations intermittentes externes.

D'autres fois c'est à l'aide des antispasmodiques et des narcotiques seuls, tels que l'opium, l'éther, la jusquiame, la valériane, etc., qu'on a obtenu la guérison de ces affections, comme sous les nos 16, 119 et 134.

Il est aussi arrivé quelquefois, comme dans les observations sous les nos 4, 21, 31 et 65, qu'on a dissipé comme par enchantement des irritations intermittentes externes par l'administration d'un vomitif, d'un purgatif; ces derniers moyens ont sans doute agi comme révulsifs ou comme perturbateurs pour rompre cette sorte d'habitude morbide qui fait récidiver les irritations périodiques. Au reste, peu nous importe de savoir comment ces moyens ont agi pour procurer les guérisons dont il s'agit; nous ne sommes pas plus instruits sur le mode d'action de tous les autres moyens dont nous avons parlé. Nous ne savons pas davantage pourquoi les préparations de quinquina, administrées convenablement durant l'intervalle des accès périodiques quelconques, inflammatoires, hémorrhagiques, subinflammatoires et nerveux, en préviennent presque constamment le retour: c'est une vérité; des faits nombreux l'attestent; celà nous suffit. N'est-ce pas en voulant approfondir cette vérité, ou plutôt en voulant l'expliquer à leur manière que plusieurs auteurs anciens et modernes sont tombés dans l'erreur à l'égard du siége et de la nature des affections intermittentes externes? L'efficacité du quinquina contre ces affections a confirmé les anciens dans la fausse opinion que c'étaient des fièvres intermittentes cachées, vu qu'elles guérissaient par le même remède que

celles-ci. Et aujourd'hui encore, ceux qui ne veulent point admettre de phlegmasies intermittentes, n'allèguent ils pas, pour se justifier ou pour en faire des affections nerveuses, l'efficacité du quinquina contre elles? comme si le quinquina ou le sulfate de quinine ne pouvait pas tout aussi bien prévenir le retour d'un accès inflammatoire, que celui d'un accès névralgique ou d'un accès fébrile quelconque!

De tous les faits que nous avons rapportés et de tout ce que nous avons dit, nous concluons d'abord que toutes les affections morbides, surnommées par les auteurs anciens et modernes fièvres larvées, masquées ou déguisées, pyrexies limitées, fièvres locales, partielles ou topiques, maladies périodiques sans fièvre, etc., sont toujours ou des inflammations, ou des hémorrhagies, ou des subinflammations, ou des névralgies périodiques, fébriles ou non fébriles, et qu'elles ne diffèrent des affections continues ayant le même siége et la même nature que par leur type intermittent, et, si l'on veut, par l'efficacité du quinquina contre elles, bien qu'on soit souvent parvenu à les guérir sans ce moyen. Nous tirerons plus tard d'autres conclusions quand nous aurons tracé le tableau des irritations intermittentes internes.

Cependant nous ne terminerons pas ce chapitre sans parler encore d'une affection périodique qui, sans être placée à l'extérieur du corps, est pourtant, comme les maladies externes, susceptible d'être vue et touchée par l'ouverture de la bouche; nous voulons parler de l'angine tonsillaire périodique, sur laquelle M. Perrier a soutenu, en 1835, une thèse devant la Faculté de médecine de Paris. Cette maladie, qui est très fréquente sous le type continu, peut aussi quelquefois présenter le type intermittent; nous l'avons observée, en 1827, sous le type octane dans le fait que voici :

Amygdalite intermittente, type mensuel et octane.

No 142. Madame Bert..., âgée de vingt-trois ans, d'un tempérament sanguin et bilieux, assez bien portante d'ailleurs, a toujours été sujette depuis sa première menstruation, qui fut pénible et douloureuse, à un engorgement des glandes amygdales qui eut lieu assez régulièrement tous les mois depuis cette époque. C'est ordinairement un jour ou deux avant le retour des règles que cette indisposition survient; elle a été parfois assez douloureuse et assez intense pour nécessiter un véritable traitement et des applications de sangsues autour du cou. Depuis que cette jeune personne a été mariée, elle n'a eu que trois fois le mal de gorge ou l'angine tonsillaire dont il s'agit,

et seulement aux époques où elle est devenue enceinte; car elle a eu trois enfants qu'elle a nourris avec succès, et qui jouissent d'une bonne santé.

Le 8 septembre 1827, après une course assez longue à pied, contre son habitude, car madame B... mène une vie sédentaire, elle fut prise de frisson, de maux de tête très sensibles, de lassitude générale, surtout dans les membres inférieurs, puis d'un violent mal de gorge avec un sentiment de gêne, de picotement et de chaleur, et surtout une difficulté d'avaler très pénible. Tout cela céda assez promptement à la suite de quelques gargarismes adoucissants et de deux bains de pieds chauds et sinapisés. Mais le 15 septembre, sept jours après l'attaque dont nous venons de parler, madame B...., se sentant prise du même mal de gorge, me fit appeler, et je la trouvai dans l'état suivant : agitation et malaise général, céphalalgie assez intense, enchifrènement et éternuments pénibles et douloureux, crachottements fréquents de salive dont la sécrétion est augmentée, bouche mauvaise, langue blanche, amygdales gonflées, rouges, formant de chaque côté de la base de la langue une saillie de la grosseur de deux petits abricots. Sentiment de gêne et de chaleur dans le fond de la gorge, avec soif vive que la malade n'ose étancher par la difficulté qu'elle a d'avaler les boissons les plus douces; peu de changement dans l'état du pouls qui est pourtant assez développé. Je fis ajouter aux moyens précédemment employés, des fumigations adoucissantes, et l'application de douze sangsues, six de chaque côté du cou vers l'angle des mâchoires, puis un cataplasme de farine de graine de lin et d'eau de guimauve, assez étendu pour envelopper toutes les parties antérieures et latérales du cou. L'emploi de ces moyens fut suivi d'une amélioration assez prompte, et surtout d'une distillation abondante, durant la nuit, de matières séroso-albumineuses par la bouche et par les narines. Dès le lendemain madame B.... peut se lever, et vaquer à son ménage, en conservant un léger mal de gorge qui ne l'empêche déjà plus de prendre des boissons et des panades.

La semaine suivante, à la même époque, c'est-à-dire le 22 septembre, les mêmes phénomènes se renouvelèrent de la même manière avec une intensité moindre dans les symptômes locaux de l'amygdalite; ce qui fut cause qu'on ne revint point à l'application des sangsues; les autres moyens furent employés et suivis du même succès.

Frappé du caractère périodique de cette affection, dont la durée n'était guère que de trente-six à quarante-huit heures, vu que l'irritation inflammatoire des amygdales se terminait chaque fois par délitescence, je me proposai, à la première récidive, de la combattre par le sulfate de quinine. Elle revint effectivement du 28 au 29, mais peu marquée, et suivie immédiatement de l'évacuation des règles, qui n'avait pas eu lieu depuis dix-huit mois, cette jeune femme ayant nourri son dernier enfant pendant seize mois.

Les règles coulèrent peu par l'imprudence que fit madame B... de sortir vêtue légèrement par un temps de pluie. En rentrant chez elle le 1er octobre, elle fut prise de maux de tête, de frissons, de bâillements, de pandiculations, de nausées, d'envies de vomir; au bout d'une heure, chaleur générale et mal de gorge très violent avec gonflement des amygdales; la malade fait des efforts pénibles pour avaler des boissons fraîches et acidulées dont elle est désireuse. Huit sangsues sont appliquées du chaque côté du cou, puis des cataplasmes émollients; gargarismes et boissons adoucissantes. Le lendemain matin, deux grains d'émétique en lavage provoquent un léger vomissement et plusieurs selles. Amélioration très sensible, profond sommeil dans la nuit. Le lendemain, quarante-six heures depuis l'accès fébrile qui avait annoncé la dernière invasion de l'angine tonsillaire, madame B... peut manger et vaquer à ses occupations comme à l'ordinaire.

Dans la crainte d'un nouvel accès présumable dans la huitaine, j'ordonnai

douze grains de sulfate de quinine à prendre en trois doses, savoir : deux le 6 octobre, une le matin dans une tasse de camomille romaine, et l'autre le soir, dans une tasse d'infusion de tilleul. Dans la matinée du 7, dernière dose de quatre grains de sulfate de quinine prise comme la veille.

Le retour de l'angine périodique n'eut pas lieu ; il n'y eut, le 7 et le 8, qu'un peu de céphalalgie et de douleur épigastrique occasionnée sans doute par l'ingestion du sulfate de quinine, vu l'irritabilité générale très grande de la malade. Cependant, on continua deux semaines de suite l'usage de quatre grains de sulfate de quinine. Il n'y eut pas de récidives.

A cette observation d'amygdalite intermittente, nous ajouterons les deux principaux faits d'angine tonsillaire périodique, consignés dans la thèse du docteur Perrier.

No 143. Dans l'un, il s'agit d'un jeune étudiant en médecine dont la mère était sujette depuis long-temps à une angine tonsillaire périodique, et qui, lui-même, n'avait pu l'éviter, quelque précaution qu'il prît : cette angine lui revenait tous les ans régulièrement à la même époque. C'était au commencement de chaque printemps que les glandes amygdales étaient attaquées avec une intensité si grande que plusieurs fois on ne put empêcher l'inflammation tonsillaire de parcourir ses diverses périodes, et de se terminer dans la huitaine par suppuration. Une fois seulement l'angine périodique fut enrayée et conduite à sa fin par résolution sans doute parce qu'on lui opposa promptement les moyens convenables, Ce fut M. Cloquet, dont cet étudiant avait réclamé les conseils, qui lui fit aussitôt appliquer des sangsues de chaque côté du cou, et lui prescrivit l'eau émétisée pour boisson. Par ce traitement l'angine se dissipa très rapidement, et dans deux jours le malade fut guéri.

No 144. L'autre fait est relatif à un jeune tonnelier de la rue du Plâtre-Saint-Jacques, qui était aussi sujet à une angine tonsillaire périodique.

Cet individu, âgé de vingt-cinq ans, d'une bonne constitution, se plaignait depuis deux jours d'une grande gêne dans la déglutition, provenant d'un gonflement des glandes amygdales. Comme il y avait peu de fièvre, on se borna à l'application de quelques sangsues à l'anus et à l'eau émétisée. Les symptômes inflammatoires persistèrent les jours suivants à un degré médiocre. On remarqua seulement la faiblesse du pouls, qu'on avait peine à expliquer par une perte de sang si peu considérable. Tout semblait devoir marcher comme dans une angine tonsillaire des plus simples; alors on se borna à une médication délayante. Le cinquième jour, à quatre heures du matin, on envoya en toute hâte chercher M. Hervez, qui trouva ce jeune homme presque sans pouls, la peau froide, la figure pâle et plombée, et tous les symptômes d'une asphyxie par privation d'air. Il se hâta d'ouvrir le larynx par l'incision de la membrane crico-thyroïdienne; mais cette opération, pratiquée aussi rapidement que possible, resta sans succès, et le malade succomba quelques instants après.

A l'autopsie, on trouva les deux amygdales tuméfiées et allongées à leur partie inférieure. L'épiglotte était comprimée latéralement, au point d'être pliée en deux comme une feuille qu'on presserait dans le même sens entre les doigts. L'ouverture supérieure du larynx et les bronches étaient remplies de mucosités écumeuses et un peu rougeâtres.

Je citerais bien encore, dit M. Perrier, d'autres observations d'angine tonsillaire périodique que j'ai recueillies, mais elles n'offrent rien de plus intéressant.

Ces faits, dont la nature ne saurait être douteuse, puisque nous avons eu encore pour la constater les mêmes moyens d'investigation que pour les phlegmasies intermittentes externes; puisque nous avons pu, en grande partie, nous assurer par la vue et le toucher, des principaux symptômes inflammatoires, tels que la rougeur, le gonflement, la chaleur, etc. Les amygdales et la membrane muqueuse qui les recouvre, se trouvant placés en quelque sorte sur la limite du dehors au dedans, entre les organes des sens et les viscères, leur inflammation nous conduira graduellement à celle de ces derniers, et les angines tonsillaires périodiques viendront très à propos nous servir de transition des irritations intermittentes externes aux affections périodiques, rémittentes et intermittentes, des viscères dont nous allons nous occuper.

LIVRE DEUXIÈME.

IRRITATIONS INTERMITTENTES INTERNES.

FIÈVRES INTERMITTENTES ET RÉMITTENTES PERNICIEUSES DES AUTEURS.

Toutes les espèces d'irritations intermittentes que nous avons observées à l'extérieur du corps peuvent également se rencontrer à l'intérieur ou dans les viscères. On trouve de même, dans ces derniers organes, des irritations périodiques inflammatoires, hémorrhagiques, subinflammatoires et nerveuses; on les y trouve sous des formes très variées et sous des types d'intermittence aussi nombreux qu'à l'extérieur.

Toutes les irritations intermittentes internes peuvent se présenter avec fièvre ou sans fièvre; mais il s'en faut bien qu'elles soient, aussi souvent les unes que les autres, accompagnées de phénomènes sympathiques ou fébriles : les irritations périodiques nerveuses et hémorrhagiques développent assez rarement les phénomènes dont il s'agit, les irritations lymphatiques ou sécrétoires un peu plus souvent, et les irritations intermittentes inflammatoires presque constamment. Il est rare que les phlegmasies périodiques des viscères, surtout des organes digestifs, n'occasionnent pas de la fièvre; c'est cette fièvre qui, considérée d'une manière générale et abstraite est devenue la fièvre intermittente ordinaire ou essentielle des auteurs; on l'a appelée *pernicieuse*, quand elle s'est montrée avec une intensité beaucoup plus prononcée que de coutume, ou avec quelques symptômes particuliers plus saillants ou plus redoutables que ceux qu'elle présente ordinairement.

Il n'est pas rare que la fièvre, ou qu'un certain nombre des symptômes qui la constituent, persistent durant l'intervalle des irritations périodiques internes, surtout entre les accès inflammatoires; c'est-à-dire que les inflammations intermittentes des viscères présentent assez souvent le type rémittent dans lequel on n'observe plus entre les accès morbides cet état de calme et de bien-être parfait qui constitue l'apyrexie ou l'intermission. Dans ces cas les symptômes inflammatoires, locaux et généraux ou sympathiques, ne font qu'éprouver un amendement plus ou moins sensible; et les accès inflammatoires périodiques, au lieu d'être des phlegmasies courtes et passagères qui cessent et reviennent à

des époques fixes, ne sont alors que des exacerbations régulières d'une véritable phlegmasie continue. Les subinflammations périodiques internes présentent aussi très souvent le type rémittent, mais il n'en est pas de même des irritations hémorrhagiques et nerveuses; celles-ci offrent presque toujours une intermittence parfaite entre leurs accès. Elles peuvent, du reste, les unes comme les autres, présenter tous les différents types d'intermittence et de rémittence dont nous avons parlé, depuis les types quotidien, biquotidien, triquotidien, jusqu'aux types quintane, octane, décimane, quindécimane, mensuel, trimensuel, annuel, bisannuel, etc.

La durée des accès, comme dans les affections intermittentes externes, est en général assez courte et rapide pour les irritations nerveuses et hémorrhagiques; elle est plus longue pour les inflammations et les subinflammations périodiques des viscères, mais elle ne se prolonge guère au-delà de 24, 36 ou 48 heures.

Les irritations intermittentes internes sont en général beaucoup plus fréquentes et beaucoup plus graves que les externes; nous disons en général pour la fréquence d'abord, parce qu'elle est bien loin d'être la même pour chacune des quatre espèces d'irritations périodiques des viscères; il y en a quelques unes qu'on n'y observe guère plus souvent qu'à l'extérieur du corps, telles sont les intermittentes nerveuses. Les irritations hémorrhagiques et subinflammatoires sont un peu plus fréquentes à l'intérieur qu'à l'extérieur; mais les inflammations, les congestions sanguines périodiques sont incomparablement plus fréquentes dans les viscères, surtout dans les organes gastriques et encéphaliques. Quant à la gravité, les irritations intermittentes internes sont toutes beaucoup plus graves et plus promptement funestes que celles que nous avons vues à l'extérieur, bien qu'elles soient des affections de même nature et tout-à-fait analogues à celles-ci; mais le danger que les premières font courir aux malades provient de ce qu'elles attaquent des organes qui jouent un rôle beaucoup plus important dans l'économie. On conçoit, par exemple, que le cerveau, les poumons, l'estomac, qui sont les principaux foyers de la vie, ne puissent être vivement et profondément affectés sans que celle-ci ne soit plus ou moins menacée; tandis qu'un muscle, une articulation, une membrane synoviale, conjonctive, pituitaire, etc., sont bien loin d'offrir la même importance dans l'entretien de la vie, et par conséquent le même danger dans leurs maladies. C'est là véritablement qu'il faut chercher la cause

de la gravité des irritations intermittentes internes relativement aux externes ; cette gravité varie encore beaucoup entre elles suivant leur espèce ou leur nature, suivant les tissus ou les organes qu'elles affectent, suivant l'activité de leurs causes, l'intensité de leurs symptômes et les complications qu'elles peuvent présenter.

Sous le nom d'irritations périodiques internes, nous comprenons en général toutes les maladies des viscères qui se présentent sous le type intermittent, avec ou sans fièvre ; ce qui embrasse plusieurs affections auxquelles on a donné, comme aux irritations intermittentes externes dont nous venons de tracer l'histoire, les noms de *maladies périodiques sans fièvre*, de *fièvres larvées*, et toutes les *fièvres intermittentes et rémittentes pernicieuses* des auteurs.

Nous traiterons d'abord des maladies périodiques, des fièvres larvées, qui ont leur siége à l'intérieur, et du grand nombre de fièvres pernicieuses dont le diagnostic est facile à établir, c'est-à-dire dont les symptômes et même les noms indiquent manifestement la lésion des organes malades. Nous partirons ensuite de celles-là pour arriver à la connaissance des fièvres intermittentes et rémittentes ordinaires, dites essentielles, dont nous ferons l'histoire dans la dernière partie de cet ouvrage.

Avant de rapporter des exemples, et avant de traiter en particulier chacune des quatre espèces d'irritations périodiques internes que nous avons annoncées, nous allons dire deux mots des prétendues fièvres pernicieuses essentielles qui, pour la plupart, font partie de la première espèce ou des irritations intermittentes inflammatoires. Il est peu de maladies sur lesquelles on ait tant écrit, et il n'en est point sur lesquelles on ait fait de plus savantes, de plus subtiles divagations, que sur les fièvres intermittentes pernicieuses ; tout cela pour arriver à ne point s'entendre, et à ne jamais tomber d'accord ni sur leur nombre, ni sur leur dénomination, ni sur leur siége, ni sur leur nature.

Nous disons d'abord *sur leur nombre;* en effet, depuis Mercatus, Morton, Lautter, Torti, etc., jusqu'au professeur Alibert, combien de fois ce nombre n'a-t-il pas varié et changé! aujourd'hui même il est bien loin d'être déterminé. On a réformé plusieurs de celles qui avaient été admises par les anciens ; on en a établi ou créé un grand nombre de nouvelles, dont plusieurs sont encore rejetées par des médecins recommandables, qui eux-

mêmes en établissent d'autres qui leur sont propres. Quoi qu'il en soit, il ne se passe guère d'années sans qu'on ne proclame encore de *nouvelles espèces* ou des *variétés* de fièvres intermittentes pernicieuses, dûment annexées au nombreux catalogue que nous en avons déjà; et comme la nature est aussi variée qu'inépuisable dans les formes accessoires des maladies, il est probable que le catalogue de ces fièvres ne sera jamais complet, ni leur nomenclature achevée ou déterminée. En effet, le nombre des fièvres intermittentes pernicieuses, qui, pour le professeur Alibert, fut d'abord de douze et de quinze, a été porté dans les éditions nouvelles de son ouvrage à dix-huit et vingt, nombre auquel s'est arrêté le célèbre historien des fièvres pernicieuses; nombre que n'ont pas craint de dépasser d'autres écrivains : c'est ainsi que M. Ozanam, dans son *Traité des maladies épidémiques*, a porté à vingt-huit le nombre des fièvres intermittentes pernicieuses, tout en prédisant que ce nombre n'en resterait pas là! M. Ozanam ne se trompa pas, au moins dans sa prédiction, puisqu'un médecin italien, M. Puccinotti, dans son *Histoire des fièvres intermittentes*, a poussé le nombre des êtres fébriles et pernicieux intermittents jusqu'à *quarante-neuf!* On pense bien que nous nous contenterons de les énumérer. Rappelons d'abord les noms de celles décrites par M. Alibert : ce sont les fièvres pernicieuses 1° *cholérique* ou *dysentérique*, 2° *hépatique* ou *atrabilaire;* 3° la *cardialgique*, 4° la *diaphorétique*, 5° la *syncopale*, 6° l'*algide*, 7° la *soporeuse*, 8° la *délirante*, 9° la *péripneumonique* ou *pleurétique*, 10° la *rhumatismale*, 11° la *néphrétique*, 12° l'*épileptique*, 13° la *convulsive*, 14° la *céphalalgique*, 15° la *dyspnéique*, 16° l'*hydrophobique*, 17° l'*aphonique*, 18° la *catarrhale*, 19° l'*ictérique*, 20° enfin l'*exanthématique*. Nous reviendrons sur cet ouvrage réputé *classique*, et qui représente encore, dit-on, l'état de la science (antiphysiologique) à l'égard des maladies dont il s'agit. Enfin M. Puccinotti divise les fièvres intermittentes pernicieuses en trois sections, qu'il appelle *encéphalo-nerveuse*, *hématopnoïque* et *méningo-gastrique;* à la première division appartiennent la *céphalique*, la *vertigineuse*, la *fatue*, la *frénétique*, la *cataphorique*, la *typhomaniaque*, la *comateuse*, la *léthargique*, la *carotique*, l'*apoplectique*, la *cataleptique*, l'*épileptique*, l'*hydrophobique*, l'*ischiatique*, l'*arthritique*, la *paralytique*, la *convulsive* et la *tétanique*. La seconde comprend l'*aphonique*, la *pleurétique*, la *catarrhale*, l'*asthmatique*, la *sténocardiaque*, l'*a-*

névrismatique, la *syncopale*, l'*algide*, la *diaphorétique*, le *scorbutique*, l'*épistaxique*, l'*hémoptysique*, l'*enterrhoragique*, la *dysentérique*, la *subcruente*, l'*atrabilaire*, la *méthrorrhagique* et la *singultueuse*. Dans la dernière, il compte l'*émétique* ou *vomitive*, la *cardialgique*, la *cholérique*, la *colique*, l'*ictérique*, la *subcontinue*, l'*hémétritée*, la *lymphatique*, la *néphrétique*, l'*hystérique*, la *puerpérale*, l'*exanthématique* et la *traumatique*.

Nous disons qu'on ne s'accorde pas sur la *dénomination* des fièvres intermittentes dont il s'agit; en effet, on n'est pas seulement d'accord sur le nom qu'on veut donner à la classe entière de ces fièvres, que les uns appellent, d'après leur gravité, fièvres intermittentes *pernicieuses;* les autres, d'après l'irrégularité de leurs symptômes, fièvres intermittentes *ataxiques;* quelques autres, à l'exemple de Morton, en font encore des fièvres intermittentes *larvées*, pour indiquer, non l'absence de la fièvre, mais la tendance qu'elle a, dit-on, à se *déguiser*, et à prendre des formes qui ne sont pas celles des fièvres intermittentes ordinaires. Il n'est donc pas surprenant qu'il n'y ait rien de fixe pour les noms attachés à chaque espèce en particulier, parce que, n'ayant aucune règle à suivre à cet égard, chaque auteur se voit en droit de la baptiser à sa façon, et tient ensuite à la dénomination qui lui appartient. Il n'est pas rare de voir deux ou trois noms consacrés à indiquer une même espèce de fièvre pernicieuse, suivant que tel ou tel écrivain veut faire honneur de cette dénomination à tel symptôme un peu saillant plutôt qu'à tel autre. Ainsi, par exemple, une toux intermittente se présente-t-elle avec fièvre, oppression, et une difficulté si grande de respirer que le malade est obligé de se tenir debout durant les accès, un premier médecin en fait une fièvre intermittente pernicieuse *asthmatique;* un second, une fièvre intermittente *dyspnéique*, comme on peut le voir sous les n°s 185, 186. Et qu'est-ce qui empêcherait un troisième, un quatrième, un cinquième médecin, d'en faire des fièvres pernicieuses *aphonique*, *catarrhale*, *bronchitique*, etc.? M. Tommasini, ayant observé en 1828 un cas semblable, en fait, lui, une *fièvre périodique essentielle*, *compliquée de toux*. Il en est de même pour un grand nombre d'autres fièvres pernicieuses: un médecin appelle *cholérique* l'espèce de fièvre intermittente qu'un autre regarde comme une *pernicieuse dysentérique*, et qu'un troisième nomme *hépatique*. Les uns appellent *cardiaque* ou *cardialgique* la fièvre intermittente pernicieuse, que d'autres

nomment *gastralgique* ou *gastrique* et *gastro-entérique*. Ceux-ci appelleront *convulsive*, *délirante*, *tétanique*, l'espèce que ceux-là voudront dénommer *épileptique*, *hystérique* et *cataleptique*. Enfin une fièvre pernicieuse *apoplectique* ou *cérébrale* sera tantôt une *soporeuse*, tantôt une *carotique*, tantôt une *comateuse*, tantôt une *syncopale*, ou, si l'on veut encore, une *léthargique*, une *vertigineuse*, une *frénétique*, une *cataphorique*, etc. Pourra-t-on jamais espérer de s'entendre tant qu'on prendra pour base de ces dénominations des symptômes fugitifs et variables à l'infini ?

Relativement au *siége* des fièvres intermittentes pernicieuses, s'il y a moins de discordance, c'est parce qu'on ne s'en est pas occupé. On s'est contenté de dire que ces fièvres étaient des maladies *générales*, *essentielles;* ou bien on s'est contenté d'en faire des êtres pernicieux et intellectuels, reconnaissables à un certain nombre de symptômes dont les uns sont plus saillants que les autres, et l'on n'est pas allé plus loin... On pourrait douter de ce que nous disons, quand on voit figurer, dans la nomenclature des affections dont il s'agit, des noms tels que ceux de fièvres *apoplectique* et *cérébrale*, fièvres *carditique*, *catarrhale*, *péripneumonique* et *pleurétique*, fièvres *hépatique*, *cardialgique*, *néphrétique*, *dysentérique*, etc. On pourrait croire que des noms aussi matériels dussent indiquer des lésions locales ou des organes malades, dont l'influence sympathique développât les phénomènes divers auxquels on reconnaît toutes ces prétendues fièvres pernicieuses essentielles. Eh bien! il n'en est point ainsi : qu'on lise les auteurs, même les plus modernes et les plus renommés, qui ont traité des maladies dont il s'agit, et l'on pourra se convaincre qu'on a matérialisé les noms et spiritualisé les choses ; on y apprendra que les symptômes propres d'une apoplexie, d'un catarrhe, d'une péripneumonie ou d'une pleurésie, d'une gastrite, d'une hépatite, d'une néphrite, d'une dysenterie, etc., ne sont rien à côté des phénomènes appelés *fièvre* et *intermittence;* on y apprendra que ces derniers méritent *seuls* toute l'attention du médecin, et que les symptômes des phlegmasies indiquées ne sont que des *choses tout-à-fait accessoires* qui viennent *masquer* le tableau de ces maladies, et rendre pernicieuses des fièvres intermittentes *essentielles;* on dit *pernicieuses* parce qu'alors ces fièvres sont d'autant plus à craindre, qu'elles peuvent en *imposer*, et faire croire à l'existence

des phlegmasies dont elles prennent le *masque*, et qui en réalité n'existent point!!

Pourrait-on jamais croire, si on ne le voyait consigné dans tous les auteurs, qu'on ait voulu faire de la *fièvre*, lorsqu'elle revient par accès réguliers, un être intellectuel, un mauvais génie qui peut se transformer de mille manières, et prendre le masque de toutes les maladies possibles? Pourrait-on jamais croire qu'on ait voulu faire alors de cette fièvre un être imaginaire qui, toujours existant, quoique parfois invisible, pût, nouveau Protée, prendre toutes les formes imaginables, se cacher tantôt sous l'apparence d'une apoplexie, d'une péripneumonie, d'une gastrite, d'une dysenterie, d'une hépatite, etc.; tantôt sous le masque d'une épilepsie, d'un tétanos, d'une hystérie ou d'une syncope; tantôt sous la forme d'une hémorrhagie; et tantôt, ce qui est plus extraordinaire encore, sous les apparences d'une fièvre continue essentielle. Plusieurs auteurs anciens et quelques modernes, entre autres le savant auteur de l'article *Périodique* de l'*Encyclopédie méthodique*, et plus récemment l'érudit historien des *maladies épidémiques*, ne nous disent-ils pas fort gravement que cette métamorphose a lieu quelquefois, et qu'une fièvre intermittente peut exister sous les *apparences d'une fièvre continue essentielle!* Strack rapporte, dit-on, plusieurs observations dans lesquelles il a positivement reconnu des fièvres intermittentes de mauvais caractère, qui se *cachaient sous le masque de fièvres continues* (1), et dont il a obtenu la guérison par le quinquina! Aujourd'hui encore un célèbre professeur de Bologne ne voit-il pas dans chaque accès fébrile un *spasme nerveux* qui tantôt ne constitue qu'une *simple fièvre périodique*, tantôt se montre sous la forme d'une toux férine ou d'une pneumonie, tantôt sous la forme d'une hémorrhagie pour constituer la fièvre *pernicieuse hémoptoïque*, tantôt sous la forme de *crampes d'estomac*, de *spasmes cholériques*, etc.; et remarquez bien que toutes ces formes diverses peuvent se présenter successivement chez le même individu, si la baguette magique du spécifique n'est promptement jetée pour arrêter tant de métamorphoses, tant d'êtres pernicieux qui, d'après M. Tommasini, peuvent assaillir tour à tour le malheureux sur qui plane la *périodicité morbide* ou la fatalité des êtres pernicieux!

(1) ***Observat. medic. de febr. intermitt.***

Ne dirait-on pas, à en croire des auteurs d'ailleurs si recommandables, que la nature voulût se servir *du génie intermittent* de l'école de Montpellier, pour tromper la sagacité ou la bonne foi de tous les médecins? Ne semblerait il pas que l'homme de l'art le plus habile devrait toujours être en garde, et se demander, quand il voit une phlegmasie ou une névrose revenant à des époques régulières, et même certaines fièvres continues, si ce n'est point là le génie intermittent qui a pris le masque d'une de ces affections pour en imposer, et sans doute aussi pour qu'on ne pense point à lui opposer son mortel ennemi le quinquina! Si nous jetons un coup d'œil sur ces opinions bizarres, si nous nous arrêtons à ces subtilités scolastiques et mensongères, c'est parce qu'il en résulte des conséquences qui peuvent entraîner des erreurs graves dans le traitement des affections dont il s'agit; c'est parce qu'elles sont admises par un grand nombre d'auteurs dont quelques uns font autorité en médecine. Mais ne peut-on pas honorer et respecter des écrivains recommandables, sans respecter de même, et surtout sans admettre les erreurs qui leur sont échappées; erreurs qui, pour les uns, tiennent à l'époque où ils ont écrit; chez les autres, sont dues au défaut de réflexion et de raisonnement, ou bien à d'anciens préjugés qui préoccupent encore tellement leur esprit qu'ils continuent à égarer leur jugement dans l'investigation des phénomènes fébriles.

Enfin, nous avons dit qu'on n'était point d'accord sur la *nature* des fièvres intermittentes pernicieuses : en effet, un grand nombre d'auteurs anciens et modernes les regardent comme des maladies *purement nerveuses dans tous les cas;* plusieurs pensent qu'elles sont quelquefois de nature inflammatoire et plus souvent *compliquées d'inflammation;* quelques médecins les regardent comme des maladies *humorales*, puisqu'ils les attribuent à des humeurs viciées, à une matière morbifique particulière; mais tous en général accordent peu d'importance à leurs opinions à cet égard, parce que tous en font des *fièvres essentielles.* Ce que nous disons ne peut plus guère s'entendre que des auteurs anciens, car la plupart des auteurs contemporains, je veux dire qui ont écrit depuis l'établissement de la doctrine physiologique, s'accordent aujourd'hui à rejeter l'hypothèse de l'essentialité des fièvres. Sans nous arrêter aux opinions diverses dont nous avons parlé, nous observerons seulement que le dogme de l'essentialité des fièvres commence à être abandonné par ceux-

là mêmes qui y tenaient le plus, si du moins on en juge par les modifications remarquables qu'ils ont fait éprouver à leur opinion relativement à la nature des fièvres continues essentielles. Quand on faisait jouer un si grand rôle au système nerveux que toutes les fièvres, en général, étaient nerveuses et devaient être placées au rang des névroses, comme le pensait le célèbre auteur de la *nosologie naturelle*, lorsqu'il composait son *Traité des fièvres intermittentes pernicieuses*; on pouvait dire alors que toutes les fièvres intermittentes n'étaient aussi que des névroses; mais aujourd'hui qu'on appelle *angioses* (1) les fièvres continues inflammatoires, et qu'on place ces fièvres sur le même rang que la cardite, la péricardite, etc.; aujourd'hui qu'on fait entrer les fièvres bilieuses dans la famille des *choloses*, à côté de l'hépatite, de la splénite, etc.; aujourd'hui, enfin, qu'on matérialise les fièvres continues essentielles, pourquoi n'y aurait-il pas également des angioses, des choloses intermittentes, et pourquoi ne matérialiserait-on pas aussi les fièvres intermittentes dites essentielles et dites pernicieuses? Pourquoi ne leur donnerait-on pas le nom des organes qu'elles affectent, comme on l'a fait depuis long-temps pour la plupart des maladies continues, et comme on le fait aujourd'hui pour toutes en général?

Mais, suivant la manière dont se présente la vérité, il est possible que la lumière ne jaillisse point partout et ne pénètre pas dans toutes les têtes. Il y a d'ailleurs des esprits très bien organisés qui ne peuvent renoncer que fort difficilement et fort lentement à leur manière de voir : c'est ainsi que plusieurs écrivains qui ont abandonné le dogme de l'essentialité des fièvres continues, se sont rattachés plus fortement à l'hypothèse de l'essentialité et de la nervosité relativement aux fièvres intermittentes. Quelques uns, il est vrai, ont eu assez de jugement pour rejeter entièrement l'essentialité même de ces dernières fièvres; mais n'ont-ils point remplacé cette essentialité par une autre hypothèse quand ils ont avancé que *c'est le système nerveux cérébro-spinal qui est seul et spécialement affecté dans toutes les fièvres intermittentes?* N'est-ce pas là pousser à l'excès le rôle constant et indubitable que joue le système nerveux? Ce rôle, quel qu'il soit, empêche-t-il les autres systèmes organiques d'être affectés à leur tour? empêche-t-il chaque viscère en particulier, et principalement

(1) Alibert, *Nosologie naturelle*, t. I.

la muqueuse digestive, d'être lésé soit primitivement, soit sympathiquement dans une fièvre quelconque, continue ou intermittente?

Ce que nous ne pouvons concevoir, c'est qu'il y ait des médecins qui entendent parfaitement la théorie physiologique des fièvres continues, et qui ne veulent point ou ne croient pas devoir en faire l'application aux fièvres intermittentes! Comment concevoir, par exemple, que l'illustre professeur de Bologne, qui tient tant à l'honneur de s'être rencontré sur ce point avec M. Broussais et d'avoir été un des premiers qui aient cherché à localiser les fièvres continues essentielles, comment, dis-je, se fait-il que M. Tommasini s'en laisse encore tellement imposer par l'intermittence ou la marche périodique de certaines maladies fébriles, qu'il fasse passer sur elles tout ce prestige d'*essentialité* et de *nervosité* qu'il s'est aidé à bannir de la théorie des fièvres continues?

Comme on l'a fait pour la théorie des maladies et des fièvres continues, de même l'on doit aujourd'hui, pour la théorie non moins importante des maladies périodiques et des fièvres intermittentes, on doit, disons-nous, profiter des progrès qu'ont fait faire à la médecine, soit l'étude plus approfondie et plus avancée de la physiologie, soit la richesse et la variété des faits, soit les recherches nombreuses et de plus en plus fécondes de l'anatomie pathologique; oui, l'on doit profiter de ces données si lumineuses pour rapporter enfin à des organes malades tous les phénomènes morbides qu'on observe, sous quelques formes variées, remarquables ou *pernicieuses* qu'ils se présentent, et quel que soit leur type, continu ou intermittent. Ainsi donc, quand on verra l'intermittence se joindre aux symptômes caractéristiques d'une phlegmasie du cerveau ou de l'arachnoïde, du poumon ou de la plèvre, de l'estomac ou des intestins, du péritoine, du foie, etc, on n'en fera plus des fièvres intermittentes essentielles *céphalalgique, soporeuse ou convulsive,* ni des fièvres *pernicieuses, péripneumonique, pleurétique, gastralgique, entéralgique, cholérique, puerpérale, hépatique, etc.,* comme on faisait autrefois des fièvres continues essentielles sous les mêmes noms; mais on y reconnaîtra de véritables inflammations périodiques de l'arachnoïde et du cerveau, de la plèvre et du poumon, de vraies phlegmasies intermittentes et rémittentes de l'estomac, des intestins, du péritoine, du foie, etc.

Il en sera de même des névroses, des hémorrhagies, des subinflammations rémittentes et intermittentes, fébriles ou non fébriles; on n'en fera plus des fièvres pernicieuses *ménorrhagique, hémoptoïque, entérorrhagique, asthmatique, convulsive, hydrophobique, syncopale, hectique, ictérique, atrabilaire, dysentérique* ou *diarrhéique*, etc.; mais on saura reconnaître en elles de vraies hémorrhagies, de véritables affections nerveuses, puis des maladies muqueuses ou lymphatico-sécrétoires, avec fièvre ou sans fièvre, et qui ne diffèrent des mêmes affections sous le type continu que par leurs exacerbations périodiques, ou par leur prompte disparition, et leur retour à des époques déterminées.

Cette conclusion est maintenant d'autant plus naturelle, elle est d'autant mieux fondée que nous avons vu à l'extérieur du corps des affections périodiques tout-à-fait semblables, c'est-à-dire des hémorrhagies, des inflammations, des névralgies, des subinflammations rémittentes et intermittentes, qui ne diffèrent de celles dont il s'agit que par leur siége. Ainsi, pour établir que les fièvres intermittentes pernicieuses, encéphalique et péripneumonique par exemple, ne sont que des inflammations périodiques du cerveau et du poumon, nous pouvons déjà nous appuyer sur l'analogie, c'est-à-dire sur l'existence indubitable de plusieurs phlegmasies intermittentes externes. Il est vrai que, pour les phlegmasies périodiques des viscères, on ne peut pas démontrer la présence des quatre phénomènes locaux de l'inflammation; il est vrai que très souvent on n'a, pour phénomènes locaux, que la douleur ou qu'un sentiment de gêne et de pesanteur, quelquefois la chaleur, rarement la tuméfaction, jamais la rougeur; mais on possède une foule de symptômes généraux ou sympathiques dont l'ensemble ne peut laisser aucun doute sur l'existence des phlegmasies intermittentes internes, si du moins on en juge par la manière dont on a coutume d'établir l'existence des inflammations continues qui ont le même siége. Or, quelles données a-t-on pour porter un diagnostic certain sur l'existence d'une phlegmasie continue placée à l'intérieur? On a d'abord l'analogie qui résulte de l'existence assurée de plusieurs affections de même nature ayant leur siége à l'extérieur; on a la connaissance des causes qui toutes ont agi en irritant, en stimulant quelques organes; on a la connaissance de plusieurs symptômes qui, sans être locaux, nous indiquent

presque toujours d'après l'observation, d'après les autopsies, etc., que tel ou tel organe est enflammé, et exerce au loin certaines influences sympathiques; enfin on a l'assurance du succès obtenu par un traitement antiphlogistique dans les cas analogues. Eh bien! on verra qu'on possède les mêmes données, qu'on peut faire usage des mêmes moyens d'investigation, pour prouver l'existence des phlegmasies périodiques internes.

On a d'abord l'analogie, puisque nous avons rapporté un grand nombre de phlegmasies intermittentes externes, et puisque nous avons fait voir qu'une bonne partie de ce qu'on avait appelé *maladies périodiques, fièvres larvées, fièvres topiques ou locales,* n'étaient que de semblables phlegmasies. On ne peut pas dire que, dans les circonstances dont il s'agit, on ait été induit en erreur sur le diagnostic, puisqu'il s'agit d'affections intermittentes, placées sous nos yeux, dont nous avons pu voir la rougeur, apprécier par le toucher le gonflement et la chaleur; pour lesquelles enfin on a eu tous les moyens les plus sûrs de l'investigation la plus exacte. Ainsi l'analogie, que nous invoquons en faveur des phlegmasies périodiques internes, se trouve déjà établie par nombre de faits évidents et positifs. Nous pourrions encore invoquer l'opinion de la plupart des auteurs qui se sont le plus spécialement occupés des maladies dont il s'agit, puisque tous ont reconnu une très grande analogie, et souvent une identité parfaite entre les maladies périodiques en général et les fièvres d'accès, surtout les fièvres intermittentes pernicieuses : Mercatus, Morton et Torti ont reconnu une identité parfaite entre les maladies périodiques et les fièvres intermittentes de mauvais caractère dont ils nous ont tracé l'histoire et qu'ils appelèrent, les premiers, *fièvres larvées* (larvatæ febres).

Sydenham, Storck, Van-Swieten, Senac, Strack, Huxham, Dehaen, etc., ont traité simultanément, dans leurs ouvrages, et ont rangé dans le même ordre les maladies périodiques et les fièvres d'accès. Stoll comprend, sous le même nom de fièvres larvées (larvatæ), les maladies périodiques et les fièvres intermittentes pernicieuses; aussi lui a-t-on reproché de les avoir *confondues* entre elles (1). Casimir Médicus dit très bien : « que tous les symptômes qui constituent les maladies périodiques

(1) M. Alibert, *ouvrage cité.*

peuvent se manifester avec les fièvres, et que celles-ci *en ont eu le nom de fièvres de mauvais caractère.* » Voulonne, à la fin de son *mémoire sur les fièvres intermittentes,* « observe qu'il ne manque à certaines maladies périodiques, telles que la migraine, la colique, etc., que l'agitation fébrile du pouls pour être de vraies fièvres intermittentes. »

Arloing dit « que les fièvres locales ou les affections intermittentes nerveuses et inflammatoires, dont il rapporte plusieurs exemples dans son mémoire (1), ont la plus parfaite analogie avec les fièvres rémittentes ou intermittentes ordinaires, et que, dans un cadre nosologique, elles ne devraient point en être séparées. » Le professeur Alibert pense que la plus grande affinité existe entre certaines maladies périodiques et les fièvres ataxiques intermittentes; que celles-ci n'en diffèrent que par leur marche plus rapide et le péril plus imminent qu'elles entraînent. MM. Audouard, Bailly et Bonnet reconnaissent également une identité parfaite entre la plupart des maladies périodiques placées à l'extérieur, et les fièvres d'accès en général.

Enfin l'analogie ou l'identité dont il s'agit nous paraît démontrée 1° parce que, de l'avis de tous les auteurs, anciens et modernes, les fièvres d'accès et les maladies périodiques reconnaissent en général les mêmes causes; parce qu'elles se développent sous l'influence des mêmes constitutions atmosphériques, et parce qu'il y a même des pays (2) où, pendant certaines époques de l'année, quelquefois pendant des années entières, non seulement les fièvres, mais toutes les maladies ont une grande tendance à devenir périodiques; 2° parce qu'elles présentent, comme nous le verrons, les mêmes types d'intermittence, et des symptômes qui indiquent souvent la lésion des mêmes organes; 3° parce qu'elles peuvent, les unes comme les autres, se présenter tantôt sous la forme d'une inflammation; tantôt sous celle d'une hémorrhagie; tantôt sous l'aspect d'une névrose; et tantôt sous celui d'une subinflammation; 4° parce qu'elles peuvent se convertir les unes dans les autres, ou se remplacer réciproquement, surtout quand elles sont de même na-

(1) *Journal général de médecine*, t. LVIII.

(2) Cela n'est point rare en Italie, puisqu'on en cite plusieurs exemples dans les *Annales universelles de médecine;* et pour ne parler que des faits les plus récents, M. Queglia, médecin à Alexandrie, a observé que, dans cette ville, durant les années 1835 et 1836, toutes les maladies avaient la plus grande tendance à la périodicité.

ture; 5° parce que leurs accès peuvent être prévenus par les mêmes moyens thérapeutiques.

De cette identité ou de cette ressemblance incontestable entre les maladies périodiques et les fièvres intermittentes, surtout pernicieuses, on ne peut pas conclure que celles-ci ne soient que des phlegmasies, puisque nous avons vu que les premières étaient des affections tantôt nerveuses, tantôt inflammatoires, tantôt hémorrhagiques, et tantôt subinflammatoires ou lymphatico-sécrétoires, mais on peut en conclure avec raison que les fièvres intermittentes pernicieuses sont symptomatiques, d'une lésion locale quelquefois subinflammatoire et hémorrhagique, plus souvent nerveuse et beaucoup plus souvent inflammatoire; d'une lésion qui, bornée à certains organes, étend au loin ses influences sympathiques, de manière à provoquer tous les phénomènes fébriles et pernicieux dont il s'agit. Cette conclusion ne doit plus paraître forcée aujourd'hui, ni bien extraordinaire comme elle le paraissait encore lors de la première édition de cet ouvrage; car quels progrès immenses les sciences médicales, comme toutes les autres, n'ont-elles pas fait depuis 1821!

Hé bien, quand tous les auteurs dont nous venons de parler faisaient déjà des rapprochements si judicieux, reconnaissaient une analogie si parfaite entre les fièvres larvées et les fièvres intermittentes, entre les maladies périodiques et beaucoup de fièvres intermittentes pernicieuses, ils étaient loin d'avoir toutes les données que nous avons maintenant pour en agir ainsi, ils étaient loin d'avoir ce nombre et cette variété d'histoires particulières, en un mot cet ensemble de faits que nous possédons aujourd'hui touchant les affections périodiques. En effet dès qu'on a vu et bien observé des affections intermittentes nerveuses, inflammatoires, hémorrhagiques et subinflammatoires, avec des types quotidien, tierce, quarte, etc., à l'extérieur du corps et sur des nerfs superficiels, puis sur des muscles et des articulations sous formes de gouttes et de rhumatismes intermittents, à la peau et dans le tissu cellulaire sous-cutané sous formes d'érythèmes, d'érysipèles, d'urticaires, de pemphygus, de tumeurs et de fluxions périodiques, etc.; quand on a pu suivre l'irritation intermittente sur la peau jusque là où cette membrane s'unit et se fond en quelque sorte avec les membranes muqueuses, qui, de l'avis encore de la plupart des auteurs, sont aujourd'hui

et incontestablement le siége de la plupart des fièvres continues dites catarrhales, bilieuses, muqueuses, adynamiques, putrides, etc.; quand on a vu les orifices externes de ces mêmes membranes atteints de phlegmasies intermittentes sous formes d'ophthalmies, d'iritites, de coryzas et d'otites; quand on a pu suivre jusque dans l'intérieur de la bouche l'inflammation périodique et y voir des angines tonsillaires intermittentes, ne concevra-t-on pas que le prolongement intérieur et plus ou moins profond de ces mêmes membranes, puisse, à son tour, être affecté d'irritations périodiques de même nature sous formes de toux, d'angines, de catarrhes, de pleurésies, de péripneumonies, de gastrites, de gastro-entérites, de gastro-hépatites, de colites ou de dysenteries, etc. C'est ainsi qu'en allant du simple au composé, du connu à l'inconnu, de l'extérieur à l'intérieur, l'on est conduit à coup sûr et tout naturellement à reconnaître ce qui se passe dans les viscères lorsque nous n'avons plus le secours de la vue et du toucher pour assurer notre diagnostic touchant les modifications organiques qui provoquent les phénomènes morbides, idiopathiques et sympathiques les plus intenses, les plus variés, et les plus pernicieux, comme nous le verrons.

CHAPITRE PREMIER.

PHLEGMASIES INTERMITTENTES INTERNES.

Il semblerait, d'après tout ce que nous avons déjà dit, que les phlegmasies intermittentes des viscères ne devraient plus être sujettes à contestation. Cependant il n'en est point ainsi; et plusieurs médecins, entre autres MM. Tommasini, Récamier, Bailly, etc., nient positivement leur existence... Il est vrai qu'une négative est un argument prompt et facile! La difficulté n'est pas de nier, mais de prouver qu'on a raison, et c'est ce qu'on ne fait pas, ou ce qu'on ne peut faire; nous voulons dire que les efforts tentés par les auteurs dont il s'agit pour prouver leur inconcevable négative, ne sont point heureux, et n'annoncent plus cette assurance qu'ils mettent à la prononcer. On n'a point oublié leur opinion, également absolue et exclusive, à l'égard des phlegmasies intermittentes externes. Nous croyons avoir suf-

fisamment prouvé l'existence de celles-ci. Il est vrai que nous possédions, dans ce dernier cas, un argument irrésistible; souvent nous pouvions dire à nos adversaires : Voyez la rougeur, palpez le gonflement, sentez la chaleur durant tel ou tel accès morbide. Ces symptômes pourtant disparaissaient au bout de huit, dix, douze, vingt-quatre heures; ils revenaient périodiquement après un jour, deux jours, ou plus, d'intermittence, et se présentaient avec le même appareil de symptômes locaux; en un mot, ils constituaient de véritables phlegmasies intermittentes externes. Hé bien! pourquoi n'en serait-il pas de même à l'intérieur? Pourquoi ce que nous avons vu et observé sur les membranes muqueuses oculaires, nasales, auriculaires, sur la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, dans les muscles et les articulations; pourquoi, disons-nous, le même genre de maladie ne pourrait-il pas avoir lieu également dans les viscères? Encore une fois, invoquons les faits anciens et modernes, sans trop nous embarrasser de la manière dont ils étaient interprétés à une époque où l'on n'avait point les lumières d'une bonne physiologie, et surtout le flambeau de l'anatomie pathologique.

Morton, Torti, Hoffmann, Strack, Lautter, Morgagni, ont rapporté des exemples de phrénésies ou d'arachnoïdites, d'apoplexies ou d'encéphalites (1), de pleurésies, de péripneumonies rémittentes et intermittentes, guéries par le quinquina; et ces observateurs, surtout Torti, Morton, Morgagni, ont pensé que ces maladies, qui tuent comme des phrénésies et des apoplexies véritables, devraient être considérées comme telles, si elles n'étaient pas sujettes à des retours périodiques, et guéries par le quinquina; mais ces inflammations, présentant le type intermittent et guérissant par le quinquina, ils les appelèrent des *fièvres larvées* ou des *fièvres de mauvais caractère*.

(1) Nous disons *d'apoplexie* ou *d'encéphalite*, parce qu'il est évident, d'après la description que nous donnent les auteurs anciens et modernes de leurs fièvres intermittentes pernicieuses, *apoplectique*, *soporeuse*, *comateuse*, etc., qu'il ne s'agit point d'une hémorrhagie cérébrale, puisqu'ils ne font mention d'aucune atteinte de paralysie, qui est le phénomène caractéristique de cette hémorrhagie. Dans tous les cas, il s'agissait donc seulement d'une congestion sanguine ou d'une certaine nuance de phlegmasie aiguë du cerveau, susceptible de se dissiper plus ou moins promptement, et de reparaître à des époques déterminées. M. Maillot dit qu'il a vu un seul cas d'hémiplegie consécutive à une fièvre comateuse, chez un soldat du train, âgé de vingt-cinq ans, et chez qui il y eut probablement hémorrhagie. Ce malade n'en mourut point et fut réformé.

Les idées de Morton sur la nature de ces fièvres ne sont-elles pas fort remarquables pour l'époque où il écrivait, puisqu'il reconnut, dans la fièvre intermittente larvée apoplectique ou soporeuse, une *inflammation de la pulpe cérébrale, principalement des corps striés;* et, dans la fièvre larvée phrénétique, une *inflammation des méninges?* Voici les propres expressions de l'illustre praticien anglais : (*febris intermittens soporosa*) *ubi partes cerebri medullosæ, præsertim corpora striata, inflammatione afficiuntur;* (*febris intermittens phrenetica*) *ubi meninges inflammantur* (1). Cependant, dominé par le préjugé qu'une inflammation qui revient à des époques périodiques, et qui cède au quinquina comme la fièvre intermittente ordinaire, ne pouvait être autre chose qu'une fièvre semblable, Morton appelle ces inflammations périodiques de l'encéphale et des méninges, des fièvres intermittentes cachées ou dissimulées, *febres larvatæ, febris intermittens apoplexiam simulans,* etc. Sydenham est tombé à cet égard dans la même erreur que Morton; car durant l'épidémie de fièvres intermittentes qui régna en 1678, il dit positivement que quelques unes de ces fièvres ressemblaient à de véritables apoplexies, *non cum rigore et horrore invadebant, sed æger iisdem plenè symptomatis tentabatur ac si apoplexiâ verâ laborasset;* cependant il ne vit que la fièvre intermittente cachée sous les apparences d'une apoplexie.

Si l'on conçoit facilement l'erreur dans laquelle sont tombés les grands écrivains dont nous venons de parler, il n'en est pas ainsi de celle de plusieurs auteurs modernes. Conçoit-on, par exemple, que M. Tommasini puisse persister dans cette erreur des anciens, lui qui, depuis long-temps, ne reconnaît plus rien d'ataxique, d'adynamique, de putride et de pernicieux dans les fièvres continues, même dans la fièvre jaune; lui qui ne voit, sous ces appareils divers de symptômes formidables, que la persistance à différents degrés et sous différentes formes de la phlegmasie des viscères? Comment dès lors a-t-il pu s'en laisser imposer à ce point par une circonstance tout-à-fait accessoire, étrangère même à la nature des maladies, puisqu'il ne s'agit que de leur marche régulière ou irrégulière, continue ou intermittente? Pour donner quelque apparence de vérité, ou pour étayer son opinion à cet égard, le célèbre professeur de Bologne insiste

(1) *Opera medica, synopsis febrium*, p. 192, in-4°.

beaucoup sur un parallèle qu'il établit ou qu'il prétend exister entre une fièvre intermittente suivie d'obstruction et une fièvre pernicieuse; mais les arguments qu'il fonde là dessus manquent par la base. En effet, ce parallèle est tout-à-fait inexact, parce qu'il ne voit dans la fièvre compliquée d'obstruction d'autre lésion que l'engorgement du foie ou de la rate, tandis que cet engorgement n'est qu'une chose accessoire et accidentelle, ou une extension secondaire de la phlegmasie aiguë et périodique de la muqueuse digestive, dont les retours et les redoublements constituent seuls beaucoup de fièvres intermittentes et rémittentes. La lésion du foie et de la rate, presque toujours continue, ne joue ici aucun rôle important, si ce n'est celui d'une complication susceptible de naître ou de s'augmenter durant le frisson de chaque accès gastro-entérique; parce que le sang et les humeurs, appelés de la circonférence au centre, refluent particulièrement sur les viscères, dont les rapports sont les plus immédiats avec la muqueuse digestive. Sans doute, comme le dit M. Tommasini, on peut arrêter la fièvre intermittente ordinaire, c'est-à-dire prévenir le retour de la gastro-entérite périodique, sans faire disparaître les obstructions du foie ou de la rate; mais s'ensuit-il de là qu'on puisse confondre ces obstructions, effet de la fièvre ou de la gastrite intermittente ordinaire, avec la phlegmasie aiguë et rapide, ou la congestion inflammatoire du cerveau, de l'arachnoïde, de la muqueuse pulmonaire et de la plèvre dans les cas de fièvres intermittentes pernicieuses, apoplectique, arachnitique, catarrhale et pleurétique? Ici tout le danger est dans l'accès inflammatoire fébrile, c'est-à-dire dans le retour ou l'exacerbation périodique de chacune des inflammations aiguës dont il s'agit. Il est facile de concevoir qu'un accès péripneumonique, arachnitique, soit en général plus grave et plus promptement funeste qu'une arachnitite et une péripneumonite ordinaire; mais ce danger, loin de faire trouver quelque chose de spécifique ou de merveilleux dans les accès dont il s'agit, ne nous rend-il pas mieux compte au contraire de cette acuité et de cette violence qui caractérisent les symptômes inflammatoires d'un accès pernicieux? Et ne suffit-il pas qu'une phlegmasie continue dans les mêmes organes soit portée au même degré de violence et d'acuité, pour qu'elle présente le même danger ou un danger plus grand encore parce qu'il dure plus long-temps; tandis que, dans le premier cas, l'accès arachnitique ou péripneumonique une fois passé, les organes

rentrent dans l'état normal, les fonctions reprennent leur cours régulier, et l'on peut, par des moyens convenables, prévenir l'accès suivant, comme nous en rapportons plusieurs exemples. Et c'est ce que fit M. Tommasini dans le cas de fièvre pernicieuse catarrhale ou de toux fébrile périodique, dont il a fait le sujet d'une de ses intéressantes conférences cliniques. Toutefois l'ensemble des réflexions et des considérations multipliées auxquelles le fait dont il s'agit a donné lieu ne prouve pas autre chose, si ce n'est que, d'après l'idée particulière que le professeur de Bologne s'est faite d'une phlegmasie quelconque, il ne peut la concevoir avec le type intermittent. Cependant souvenons-nous que cet illustre professeur reconnaît des *fluxions* et des *congestions intermittentes;* remarquons encore qu'il admet, dans l'inflammation telle qu'il la conçoit, des *rémittences très prononcées*, des *exacerbations périodiques;* la voilà donc déjà arrivée au type rémittent cette inflammation qui ne peut absolument pas, selon lui, arriver à la périodicité! Mais chacun sait que du type rémittent au type intermittent il n'y a qu'un pas; et dans la supposition que M. Tommasini ne puisse concevoir ce passage d'un type à l'autre, il n'en sera pas moins en contradiction avec lui-même s'il refuse d'admettre des inflammations intermittentes en présence des faits avérés qui en établissent l'existence, parce qu'il se rappelle sans doute d'avoir dit que, *devant un fait avéré, quelque inexplicable qu'il soit, toute raison pathologique doit se taire.* Or, sans parler des observations nombreuses, complètes et authentiques, que nous lui offrons dans les faits relatés précédemment, et dans les observations que nous rapportons ci-après, devant quel fait avéré demandons-nous que la raison pathologique du professeur de Bologne se taise? C'est devant le fait même qu'il a vu et qui a été l'objet de ses savantes réflexions. En effet il nous dit (1), dans sa conférence clinique du 10 décembre 1829, qu'il a observé une fièvre périodique dont chaque accès était accompagné et *même formé en grande partie par une violente toux;* cette toux, pendant dix à douze heures, avait toutes les apparences d'un *symptôme de pneumonie;* de telle sorte qu'il était porté à craindre que les *bronches ne fussent enflammées*, et qu'il lui parut convenable de faire précéder d'une saignée l'administration du sulfate de quinine. Cette fièvre et cette

(1) *Journal hebdomadaire de médecine.* (5e extrait, t. VI.)

toux quotidiennes cessèrent par l'usage de ce médicament. Voilà le fait tel qu'il est relaté! Il eût été à désirer sans doute que M. Tommasini nous donnât là dessus des détails plus circonstanciés; ils n'auraient pas été pour nous d'un moindre intérêt que les longues considérations qui l'accompagnent. Quoi qu'il en soit, nous prenons ce fait tel qu'on nous le donne; et s'il nous est permis d'émettre notre opinion à cet égard, nous dirons qu'une toux assez violente pour provoquer de la *fièvre*, pour présenter les *apparences d'un symptôme de pneumonie*, pour *faire craindre que les bronches ne soient enflammées*, nous dirons qu'une semblable toux (bien qu'elle revînt périodiquement chaque jour et qu'on l'ait guérie par le sulfate de quinine) était une véritable phlegmasie de la muqueuse bronchique et pulmonaire. Et pourquoi adoptons-nous cette opinion opposée à celle du praticien qui a vu le fait? parce que les raisons qu'il nous donne pour faire croire qu'il s'agit d'une *fièvre périodique* (existant par elle-même et indépendamment de la lésion des organes pulmonaires), loin d'être fondées, nous paraissent en opposition directe avec tout ce que le professeur de Bologne a écrit de mieux sur la nature des fièvres; parce que, dans l'hypothèse qu'il adopte, il ne peut plus se rendre compte des altérations organiques qu'on trouve sur les cadavres de ceux qui succombent aux fièvres pernicieuses intermittentes sans en faire un produit des êtres chimériques *fièvre* et *périodicité morbide*, ce qui est en opposition avec les idées généralement reçues aujourd'hui dans le monde médical, et ce qui paraît absurde à tous les médecins physiologistes, c'est-à-dire à la grande majorité des médecins du XIXe siècle.

Pourrait-on concevoir cette tendance de M. Tommasini à voir des fièvres périodiques en dehors des organes, à reconnaître des *conditions morbides universelles*, s'il ne s'en laissait tout-à-fait imposer par le prestige de la *périodicité morbide*? Et pourtant, qu'il y songe bien, cette périodicité morbide dont il fait tant de cas, et à laquelle il lui a plu de faire jouer un si grand rôle, évidemment n'existe pas telle qu'il l'entend; c'est une pure abstraction; ce n'est point un être matériel, ce n'est pas même un symptôme morbide, ce n'est, comme nous l'avons dit, qu'une circonstance dans la marche d'une maladie quelconque, inflammatoire, hémorrhagique, nerveuse, subinflammatoire, fébrile ou non fébrile, et qui ne change nullement la nature de cette ma-

ladie. C'est là un fait avéré ; il peut n'être pas compris ou admis par tout le monde, mais, d'après M. Tommasini lui-même, ce n'est pas une raison pour le rejeter.

Maintenant, venons à M. Bailly, qui nie aussi l'existence des phlegmasies intermittentes viscérales. — Par cette inconcevable négative, cet auteur n'est-il pas en contradiction avec lui-même lorsqu'il admet des arachnitites et des apoplexies qui reviennent périodiquement avec chaque accès d'une fièvre intermittente? n'est-il pas en contradiction avec lui-même lorsqu'il dit : « qu'une » injection violente de l'arachnoïde (dans la fièvre intermittente » pernicieuse arachnitique) tuera de la même manière que si cette » injection était le résultat d'une véritable inflammation (1). » Mais toutes les fois qu'il s'agit d'un type intermittent on voit que ce médecin ne veut plus admettre de *véritables* inflammations ; sans doute aussi à cause de l'idée particulière qu'il se forme d'une inflammation, et parce qu'il ne réfléchit pas combien sont nombreuses les nuances que peut présenter l'état inflammatoire, et combien il est facile à des nuances aiguës de se dissiper en quelques heures pour reparaître de nouveau à des intervalles égaux et plus ou moins rapprochés. Cependant, comme une arachnitite, de même que toute autre phlegmasie, ne peut exister autrement qu'avec des symptômes inflammatoires, et qu'en changeant de type elle ne peut pas changer de nature, il est curieux de savoir comment M. Bailly s'en tire pour établir entre une arachnitite continue et une arachnitite intermittente une différence réelle : Dans une arachnitite continue le sang, dit-il (2), *est poussé vers la tête par une cause extérieure qui l'y fixe* ; dans une arachnitite intermittente *le sang est en quelque sorte lancé par une maladie dont la nature même est d'être intermittente, comme il est de la nature des mouvements organiques fébriles de se terminer au bout d'un certain nombre de mouvements organiques.*

Nous avons dit que Torti, Morton, Morgagni, avaient observé des phénomènes intermittents pernicieux ou des fièvres pernicieuses, apoplectiques, soporeuses, frénétiques, convulsives, etc. M. Bailly accuse ces auteurs de n'avoir pu comprendre de tels phénomènes, parce qu'ils ignoraient comment les fièvres pernicieuses tuent les malades, et parce qu'ils ne connaissaient pas la nature des fièvres intermittentes.... Or, nous le demandons à

(1) *Traité anatomico-pathol. de fièvr. intermitt.*, p. 312.
(2) *Ibid.*, p. 267.

tout médecin non prévenu, lesquels de Torti, Morton, Morgagni et de M. Bailly voient plus clairement et plus simplement les faits dont il s'agit ? Les premiers reconnaissent de véritables apoplexies, de vraies frénésies ; mais, à cause de leur type intermittent et de leur guérison par le quinquina, ils se demandent si ce sont bien là des inflammations ou des fièvres intermittentes masquées sous l'apparence d'une inflammation ? On juge facilement que ces illustres praticiens sont restés comme dans un doute à cet égard, et que, n'ayant pas le secours de l'anatomie pathologique, surtout Morton et Torti, ils s'en laissèrent imposer par la circonstance seule de la périodicité ou de l'intermittence. Comment donc M. Bailly, qui connaît de quelle manière les fièvres pernicieuses intermittentes tuent les malades, qui connaît, dit-il, la nature de ces fièvres (et qui devrait en effet la connaître, d'après le grand nombre d'autopsies qui lui ont fait voir, chez les individus morts à Rome de fièvres intermittentes comateuse, apoplectique, gastro-entérique, pleurétique, convulsive ou arachnitique, *des traces non équivoques d'inflammation*), comment peut-il soutenir qu'il y a une grande différence entre une fièvre pernicieuse arachnitique, et une inflammation continue de l'arachnoïde ? Comment ose-t-il nous dire qu'une arachnitite intermittente diffère d'une arachnitite continue parce que, dans le premier cas, *le sang est lancé vers la tête par une maladie dont la nature est d'être intermittente*? N'est-ce pas comme s'il nous disait qu'une arachnitite est intermittente parce qu'elle est intermittente? Et, puisque dans une arachnitite continue il y a aussi du sang *lancé* vers la tête, puisque cette dernière phlegmasie est également accompagnée de fièvre, pourquoi dans ce dernier cas n'est-il plus dans la nature de la phlegmasie et de la fièvre de se terminer au bout de quelques heures et de revenir périodiquement ? N'est-il pas évident qu'il ne faut ici s'en prendre qu'aux causes déterminantes, à la disposition des malades, et non point à la phlegmasie elle-même, qui est toujours de même nature, soit qu'elle dure peu ou beaucoup, soit qu'elle ait une marche régulière ou irrégulière, continue ou intermittente?

D'après ce que nous venons de dire, on s'aperçoit que M. Bailly, tout en accusant les anciens de ne pas connaître la nature des maladies dont il s'agit, ne la connaît pas mieux lui-même. L'on voit que, médecin physiologiste, il ne veut pas avoir l'air d'appartenir à l'école physiologique ; il flotte entre des opinions

diverses et cherche à s'en former une dont il ne peut se rendre compte lui-même. Placé comme M. Tommasini dans une fausse position, il se perd comme lui dans des comparaisons inexactes, dans des explications entortillées et dans des subtilités mystérieuses que personne ne pourra jamais comprendre.

« Lorsqu'on est atteint d'une fièvre intermittente (apoplectique), » l'irritation ou l'inflammation qui la provoque ou l'accompagne » n'est pas nécessairement dans le cerveau, et cet organe peut » être d'ailleurs dans un bon état, même chez un homme gros » et replet....(1) »

Cependant M. Portal, qui a vu souvent des accès de fièvre ressembler parfaitement par leurs symptômes à des attaques d'apoplexie, dit très bien qu'*il les cite pour fixer l'attention sur leur réalité* et pour faire connaître la nécessité de les attaquer promptement par des moyens convenables, c'est-à-dire par les saignées et les révulsifs. Il cite en particulier le cas d'une femme sexagénaire qui fut saisie pendant le frisson fébrile d'un assoupissement si profond avec la respiration stertoreuse, qu'elle succomba. L'autopsie fit voir les vaisseaux du cerveau engorgés de sang, et les ventricules pleins d'une eau rougeâtre (2). M. Bailly lui-même, comme le prouvent les autopsies qu'il a pratiquées en pareilles circonstances, a toujours trouvé chez les individus morts de fièvres *pernicieuses*, *soporeuse* ou *apoplectique*, des altérations organiques très marquées dans les organes encéphaliques. Comment donc peut-il faire coïncider les résultats de son observation et des faits qu'il a recueillis avec les conséquences tout-à-fait opposées qu'il en tire? Mais nous allons voir qu'il n'est point embarrassé de nous répondre avec sa nouvelle et romantique théorie des fièvres intermittentes ! Il nous dira donc que les altérations du cerveau sont *le résultat de l'inflammation coexistant avec la fièvre !* Et la fièvre....? *le résultat de la constitution médicale.* Et qui pourrait ne pas saisir aussitôt *l'indépendance du mouvement nerveux qui constitue la fièvre intermittente, des lésions organiques produites par l'inflammation ! !*

« Il en est de l'apoplexie, comme de toutes les inflammations » qui peuvent être symptomatiquement éveillées par un accès fé- » brile; et qui, quand elles ne sont que de simples congestions,

(1) *M. Bailly*, p. 269.
(2) *Traité de l'apoplexie.*

» *sans altération de tissu*, peuvent disparaître entièrement avec » les accès... Tantôt on peut guérir ces congestions ou inflam- » mations locales, et la fièvre persister; tantôt, supprimer celle- » ci et la lésion locale persister; ce qui prouve l'indépendance » de toutes ces lésions de la fièvre *et vice versâ* (1). » M. Bailly n'est-il pas de nouveau en contradiction avec lui-même, puisqu'il nous a dit précédément que c'était la fièvre qui était *éveillée* par l'inflammation ou la lésion locale? pour n'être pas en contradiction dans le cas dont il s'agit, il faudrait que tantôt la fièvre fût éveillée par l'inflammation, et que tantôt l'inflammation fût éveillée par la fièvre; mais, dans l'un et dans l'autre cas, on ne voit point de cause directe, l'on ne voit point d'effet immédiat. L'inflammation pour être éveillée par la fièvre devait déjà exister avant l'arrivée de la fièvre; il en est de même de la fièvre, quand elle est éveillée par l'inflammation. Ainsi donc, la lésion locale qui existe dans toute fièvre intermittente n'est ni la cause, ni l'effet de la fièvre; et la fièvre n'est ni l'effet, ni la cause de la lésion! Ainsi, d'après cette nouvelle théorie des fièvres intermittentes (à laquelle il faut nécessairement s'arrêter puisque plusieurs écrivains paraissent aujourd'hui l'adopter), lorsqu'un malade est atteint de fièvre intermittente pernicieuse pleurétique, par exemple, il y a chez lui : 1° congestion sanguine ou inflammation de la plèvre, caractérisée par un point de côté plus ou moins violent, la toux, la dyspnée, des inspirations courtes, gênées, parfois douloureuses, etc.; 2° fièvre avec frisson, tremblements, pouls tantôt lent et petit, tantôt dur et fréquent, céphalalgie, agitation, dégoût, et puis chaleur, sueurs, etc.; le tout réuni constituera une *fièvre pernicieuse pleurétique*. Tout médecin sait bien ce que c'est qu'une pleurésie; mais il n'en est pas de même de la fièvre pernicieuse. Qu'est-ce donc que cette fièvre d'après la théorie de M. Bailly? est-elle *essentielle?* forme-t-elle un être particulier *suî generis,* appelé *fièvre pernicieuse*, ou *fièvre périodique* d'après M. Tommasini? Non, M. Bailly nous dit qu'*il n'est point essentialiste pur;* et que s'il est parfois *ontologiste*, *c'est uniquement parce qu'il est plus commode de suivre l'usage adopté* (1)! Cette fièvre est-elle symptomatique de l'inflammation de la plèvre? Non, M. Bailly reconnaît seulement qu'*elle a des liaisons intimes* avec cette inflammation. Mais, qu'est-ce enfin que cette fièvre? c'est

(1) *Traité anatomico-pathol. de fièvr. intermitt.*, p. 153.

une fonction qui excite spécialement à tels ou tels phénomènes sympathiques ou nerveux (1)! Mais, en bonne physiologie, toute fonction résulte de l'action d'un ou de plusieurs organes; nous demanderons donc quel est ou quels sont les organes dont l'action, plus ou moins exaltée, développe tels ou tels phénomènes sympathiques et pernicieux? Il n'y en a pas..... Il s'agit d'une *fonction générale de toute l'économie!* (Cela nous rappelle la *condition morbide universelle* de M. Tommasini.) Mais toute l'économie peut-elle être malade, quand plusieurs fonctions n'en sont point dérangées, quand l'action de plusieurs organes, comme celle du cerveau, du foie, des reins, de la vessie, des systèmes locomoteur, absorbant, etc., reste libre et intacte, comme cela est ordinaire dans la fièvre intermittente pleurétique? En dernière analyse, M. Bailly soutient que la *fièvre pernicieuse n'est point le résultat d'une fonction spéciale exagérée, mais l'altération d'une fonction d'ensemble dont le siége est partout et nulle part* (2). Nous voyons déjà que les conséquences déduites de la théorie romantique des fièvres intermittentes pernicieuses conduisent ou à l'essentialité ou à l'absurdité.

Reprenons l'inflammation de la plèvre qui accompagne la fièvre pernicieuse pleurétique : cette inflammation n'est pas cause de la fièvre, d'après ce qu'on vient de dire; cependant tous les deux jours on voit reparaître cette fièvre avec les symptômes d'une congestion inflammatoire de la plèvre; tous les deux jours à la même époque les symptômes de la pleurésie se manifestent en même temps que la fièvre; comme celle-ci, ils durent plusieurs heures, et disparaissent si complétement, que le malade se croit guéri, et peut quelquefois reprendre ses occupations habituelles pendant la plus grande partie du temps qui sépare les accès. Or, si la fièvre et la pleurésie sont indépendantes l'une de l'autre, comment peut-il se faire qu'elles se suivent de si près, qu'elles s'accordent si exactement par leur retour, leur durée, leur intensité? Ceci n'est point une supposition, puisque nous rapportons ci-après quarante-deux observations de vrais catarrhes, de pleurésies et de pneumonies bien caractérisées qui revenaient périodiquement tantôt avec des symptômes fébriles proportionnés à ceux de l'inflammation, tantôt sans fièvre et seulement avec

(1) *Traité anatomico-pathol. de fièvr. intermitt.*, p. 269.
(2) *Ibid*, p. 117.

les symptômes locaux de l'inflammation. Sauvages dit : « J'ai vu » une vraie pleurésie accompagnée de tous les signes pathogno- » moniques, laquelle était pourtant intermittente, de manière » que le malade avait la pleurésie de deux jours l'un, et parais- » sait ensuite se bien porter (1). » M. Bailly lui-même rapporte une observation, sous le nom de *fièvre pernicieuse pleurétique*, dans laquelle les exacerbations quotidiennes de la pleurésie correspondaient exactement avec les accès de la fièvre; il n'a fallu rien moins que huit saignées pour dompter les symptômes inflammatoires de la pleurésie. L'auteur dans cette circonstance regarde l'accès de la fièvre comme la *cause* des exacerbations de la phlegmasie. Ce qu'il y a de plus marqué, de plus saillant, de mieux caractérisé dans cette observation, comme on peut le voir et s'en assurer, c'est l'inflammation de la plèvre, et parce qu'elle éprouve des exacerbations périodiques, on veut qu'elle soit l'effet de la fièvre pernicieuse!! M. Tommasini veut aussi que les traces manifestes d'inflammation, trouvées chez les individus morts de fièvres pernicieuses par son compatriote M. Puccilini, soient le produit de ces fièvres essentielles, quoique M. Puccilini, qui a recueilli les faits dont il s'agit, pense justement le contraire.

M. Bailly rapporte trente-cinq observations de fièvres intermittentes pernicieuses suivies d'autopsie. Ces autopsies prouvent que, chez tous ces malades, il y avait des lésions occasionnées quelquefois par l'inflammation seule du cerveau et de l'arachnoïde, d'autres fois par la lésion des organes digestifs seulement, plus souvent par l'inflammation simultanée des organes cérébraux et digestifs. Prenons pour exemple la *comateuse convulsive*, celle de toutes ces prétendues fièvres pernicieuses sur laquelle il a recueilli le plus grand nombre d'observations; arrêtons-nous au fait rapporté page 157 du traité *Anatomico-pathologique des fièvres intermittentes* : l'auteur a observé plusieurs accès consécutifs de cette fièvre; le malade a succombé, et l'autopsie a fait voir une arachnitite bien marquée et une légère gastro-entérite; le malade dont il s'agit tombait à chaque accès dans un état de stupeur et de coma très remarquable; il ne se réveillait que lorsqu'on l'appelait; le pouls était fréquent et fort, la peau brûlante; les avant-bras étaient fléchis sur les bras de telle sorte qu'on ne pouvait les étendre; il y avait parfois sou-

(1) *Nosologie méthodique*, t. II.

bresauts des tendons. Dans l'intervalle des accès, le malade retrouvait toutes ses facultés intellectuelles; les bras n'étaient plus contractés et reprenaient leur état naturel. M. Bailly avoue que chez ce malade l'*injection de l'arachnoïde était périodique, puisque les contractions des bras cessaient et revenaient chaque jour régulièrement comme les accès de la fièvre.* (Remarquons que quand il s'agit de l'interprétation des symptômes de la fièvre pernicieuse l'on ne veut reconnaître que des *injections*, et qu'en ouvrant les cadavres, on nous fait voir constamment des inflammations bien tranchées!) Mais, enfin, voilà une injection de l'arachnoïde qui présente le type intermittent quotidien! Or, du moment qu'on reconnaît une injection sanguine périodique, n'est-il pas évident que cette injection peut, sous ce même type, augmenter au point de constituer une véritable inflammation, et peut devenir assez vive, assez intense, pour provoquer sympathiquement toute espèce de symptômes généraux et fébriles? Cette conséquence étant admise, qu'est-il besoin de se perdre en raisonnements subtils pour se rendre compte d'un accès de fièvre coïncidant avec le retour d'une injection ou d'une inflammation périodique? N'est-il pas plus raisonnable et plus conforme aux progrès de la physiologie et de l'anatomie pathologique (qui ont déjà fait justice de l'essentialité des fièvres pernicieuses continues ataxique, putride, adynamique, maligne, nerveuse, catarrhale, comateuse, etc.), de considérer également ces mêmes fièvres pernicieuses intermittentes comme dépendantes des affections locales qu'on observe constamment avec elles?

Quand l'autopsie nous fait voir des lésions dans un ou plusieurs organes, dont les fonctions étaient troublées pendant l'existence d'une maladie continue ou périodique, pourquoi les symptômes généraux, sympathiques ou fébriles, qui surviennent durant son cours, feraient-ils changer notre diagnostic, touchant la nature de cette maladie? Ne sait-on pas que les symptômes fébriles, qu'ils soient continus ou intermittents, peuvent varier à l'infini, suivant la disposition et l'irritabilité des malades, suivant le degré d'intensité de la lésion locale, et suivant une foule de circonstances particulières? Il peut être curieux et instructif de noter ces variations; mais, faut-il perdre de vue l'affection locale, la lésion matérielle des organes, pour saisir des symptômes fugitifs et variables à l'infini, pour leur donner des noms particuliers, pour leur faire jouer un rôle à part, dont

on ne peut plus se rendre compte lorsqu'on interroge les cadavres? On nous dit *que la fièvre revient, parce qu'il est dans sa nature d'être intermittente!* Pourquoi donc ne pourrait-il pas être aussi dans la nature d'une irritation inflammatoire aiguë de se terminer plus ou moins promptement et de revenir à des époques déterminées? Nous avons fait voir que la chose se passait ainsi à l'extérieur sous formes de conjonctivite, d'iritite, de rhinite et d'otite intermittentes, sous formes d'érythème, de scarlatine, d'urticaire, d'érysipèle, de pemphygus, de rhumatisme et de goutte à type régulier, enfin sous formes de fluxions inflammatoires périodiques des joues et des mamelles; pourquoi n'en serait-il pas de même à l'intérieur? On rapporte dans tous les journaux de médecine plusieurs exemples de phlegmasies continues de la plèvre, du poumon, qui se sont terminées en quinze, vingt et trente heures; nous citerons, entre autres, l'exemple d'une pleurésie (1) aiguë et violente, parfaitement caractérisée, déclarée et guérie en moins de vingt-quatre heures par une saignée copieuse, et par des sueurs si abondantes que, dans la même nuit, le malade mouilla neuf chemises. Nous citerons encore le cas d'une pleuropneumonie très bien caractérisée (2), qui fut de même entièrement dissipée en vingt-quatre heures par une hémorrhagie abondante, suite d'une application de vingt sangsues sur le point douloureux de la poitrine.

Pourquoi n'en serait-il pas ainsi d'un accès de pleurésie périodique et fébrile, d'autant mieux qu'il est dans la nature des maladies intermittentes de se terminer par des sécrétions et des évacuations critiques plus ou moins abondantes? Cette conclusion, outre qu'elle est fondée sur un grand nombre de faits avérés, n'est-elle pas plus facile à concevoir et plus rationnelle que celle qui nous replonge dans l'absurdité des *fièvres larvées ou pernicieuses*, des *fièvres périodiques essentielles*, ou dans le dédale des *fonctions pathologiques générales*, des *conditions morbides universelles*, des auteurs anciens et modernes?

On nous pardonnera cette discussion, sans doute un peu longue, mais nécessaire pour répondre aux deux principaux adversaires de la théorie physiologique des fièvres intermittentes

(1) *Journal général de médecine*, t. LXXXIII.
(2) *Éphémérides médicales de Montpellier*, t. II.

pernicieuses, et propre d'ailleurs à développer les principes de cette théorie.

Le nombre des organes internes qui ont été jusqu'à présent attaqués de phlegmasies intermittentes, et dont on trouve des observations dans les auteurs, dans les journaux, ou dans les différents recueils de médecine, est déjà très considérable. Dans ce nombre se trouvent des phlegmasies périodiques qui attaquent le cerveau, l'arachnoïde, la moelle épinière, la membrane muqueuse bronchique et pulmonaire, la plèvre, le poumon, le cœur, le péricarde, l'estomac, et diverses portions plus ou moins étendues du canal intestinal, le foie, la rate, les reins, la matrice, le péritoine, la muqueuse vaginale, cystique, urétrale, etc. Il est probable que le nombre de ces phlegmasies augmentera à mesure que les médecins donneront plus d'attention à cette partie si importante de la science médicale; peut-être reconnaîtra-t-on quelque jour un aussi grand nombre de phlegmasies périodiques à l'intérieur qu'on y distingue d'inflammations continues, parce qu'il n'y a pas de raisons pour que chaque affection continue ne présente aussi le type intermittent.

Il n'y a rien de fixe pour le nombre d'accès que peuvent présenter les phlegmasies intermittentes internes; ce nombre varie beaucoup suivant les organes qu'elles affectent : les phlegmasies périodiques de la muqueuse digestive, par exemple, se répètent en général un plus grand nombre de fois que les autres avant de cesser entièrement; elles peuvent se renouveler un certain nombre de fois sans occasionner des altérations organiques bien notables, surtout quand il y a un intervalle de deux jours complétement libres entre un accès gastro-entérique et le suivant, comme dans plusieurs cas de fièvres pernicieuses, cardialgique et dysentérique, sous type quarte.

La durée d'un accès de phlegmasie intermittente interne est ordinairement circonscrite entre plusieurs heures et un jour ou vingt-quatre heures; cependant il n'est pas rare que des accès se prolongent jusqu'à trente, trente-six et quarante-huit heures.

Les phlegmasies intermittentes internes développent presque constamment des phénomènes sympathiques ou fébriles assez marqués, surtout les gastrites, les gastro-entérites, les arachnitites, les pleurites, les péritonites, etc.

Ces phlegmasies peuvent se présenter sous tous les types connus d'intermittence; mais il est certains types qu'elles choi-

sissent de préférence et qu'elles offrent le plus souvent ; ce sont les types quotidien et tierce. On les voit moins souvent sous le type quarte, et fort rarement sous les types quintane, sextane, octane, mensuel, etc. Il arrive assez souvent que ces phlegmasies présentent le type rémittent ou un type qui se rapproche plus ou moins de la continuité ; c'est-à-dire que ces phlegmasies, au lieu de se terminer et de revenir à des époques fixes, persistent pendant un temps plus ou moins long, et éprouvent seulement des rémissions et des exacerbations périodiques. Ce sont spécialement les phlegmasies intermittentes qui ont leur siége dans les viscères parenchymateux, comme le poumon, le cerveau, le foie, la rate, etc., qui présentent le type dont il s'agit.

Le pronostic des phlegmasies intermittentes des viscères est en général assez grave ; le mouvement inflammatoire dont elles sont le résultat est presque toujours rapide et très violent ; or, on conçoit qu'il ne puisse avoir lieu sans danger sur des organes dont l'importance est quelquefois telle que leur action ne peut être troublée sans que toutes les fonctions ne participent à ce trouble, et ne peut être suspendue sans que la vie ne le soit en même temps, ou ne cesse bientôt entièrement, comme cela arrive dans une violente congestion inflammatoire du cerveau ou des poumons ; il n'est pas rare alors que la mort ne survienne durant les premiers accès, comme dans les fièvres pernicieuses, encéphaliques et péripneumoniques. Quoique la phlegmasie intermittente de la plupart des autres organes internes, comme de l'estomac, des intestins, du foie, de la matrice, du péritoine, etc., soit souvent très rapide et très intense, comme dans les fièvres pernicieuses, cardialgique, cholérique, hépatique, puerpérale, etc., elle ne provoque pas en général des accidents aussi graves et aussi promptement mortels ; mais elle ne laisse pas, vu les influences sympathiques, nombreuses et plus ou moins puissantes qu'elle exerce sur le cœur, le cerveau, les poumons, de produire un trouble général et plus ou moins violent dans l'économie ; elle peut aussi déterminer une mort assez rapide si l'on ne s'oppose promptement à ses funestes effets.

Les causes prédisposantes des phlegmasies périodiques internes sont toutes celles que nous avons énumérées pour les phlegmasies intermittentes externes. Les causes déterminantes varient beaucoup, suivant la disposition des individus et suivant les organes qu'elles attaquent. Les principales sont les variations

considérables et brusques de température, les contrastes de la chaleur du jour et du froid de la nuit ; le passage rapide d'une vie très active à une oisiveté complète, ou de cette dernière à des travaux pénibles et prolongés, surtout pendant la nuit ou dans des temps froids et humides; l'habitation dans des lieux bas, peu éclairés, ou dont l'air est peu ou point renouvelé, et surtout dans la proximité de marais ou d'étangs d'où s'exhalent des effluves délétères; les influences périodiques de certains excès habituels quels qu'ils soient ; l'usage d'aliments de mauvaise qualité, l'abus des liqueurs fortes ; les travaux excessifs du cabinet ; les affections morales tristes, les passions violentes ; la diminution ou la suppression de la transpiration cutanée par défaut de bains accoutumés ou de vêtements assez chauds suivant la saison; par la suppression des hémorroïdes et des menstrues, par la présence des vers ou d'un corps étranger quelconque dans les voies digestives, etc.

Les symptômes des irritations intermittentes internes présentent beaucoup de variétés, suivant l'âge, la constitution des individus, suivant les causes qui les développent et suivant les organes qui reçoivent leur impression funeste. Mais tous ces symptômes, sauf la circonstance de leur retour à des époques déterminées, n'offrent presque rien qui les distingue de ceux des phlegmasies continues qui se développent dans les mêmes circonstances, et qui sont portés à un degré plus ou moins élevé.

La distinction des symptômes en locaux et généraux ou sympathiques, est ici très importante et très utile à établir ; ces derniers symptômes méritent d'autant plus d'attention, leur connaissance exacte est d'autant plus nécessaire qu'ils existent presque constamment, et qu'ils sont souvent les seuls auxquels on puisse avoir recours pour établir le diagnostic des phlegmasies intermittentes internes.

C'est la difficulté d'établir un bon diagnostic à l'égard des phlegmasies dont il s'agit, c'est le peu d'attention et de soins qu'on a mis pour y parvenir, qui ont été cause qu'on a pris pour des fièvres intermittentes essentielles et pernicieuses, de véritables phlegmasies périodiques ; qui ont été cause qu'on a pris quelques symptômes locaux ou généraux un peu saillants pour en faire autant d'êtres essentiels et pernicieux ; qui ont été cause enfin qu'on a créé autant d'entités pathologiques diverses qu'on a su distinguer de prétendus symptômes pernicieux différents.

C'est pour avoir marché trop servilement sur les traces des anciens ; c'est pour avoir suivi l'impulsion vicieuse donnée par eux au diagnostic de certaines maladies internes qu'on a commis bien des erreurs à cet égard. Comme eux, lorsqu'on a vu des symptômes généraux on a voulu voir des maladies générales ; comme eux, au lieu d'examiner isolément ces symptômes, on a voulu les voir en masse, on a voulu grouper lorsqu'il fallait analyser; de là vient que le plus souvent on n'a point su découvrir les symptômes locaux de la lésion organique d'où émanaient les phénomènes généraux et fébriles. Il arrive parfois, il est vrai, qu'on observe seulement ces derniers phénomènes, et que les symptômes locaux ne sont presque pas sensibles. « On observe » certains cas, dit le professeur Pinel, où les inflammations ab- » dominales n'offrent que des symptômes locaux très légers ; et » cependant la gravité de la maladie est telle que les phénomènes » secondaires ou la fièvre concomitante annoncent le plus grand » danger. *Aussi a-t on souvent regardé ces fièvres, symptomatiques » de certaines phlegmasies du bas-ventre, comme des fièvres primi- » tives et essentielles,* et il faut convenir qu'il était difficile d'éviter » cette méprise, lorsque l'anatomie pathologique n'avait point » encore éclairé sur leur véritable caractère (1). »

Aujourd'hui que l'anatomie pathologique nous a éclairés sur le véritable caractère des fièvres continues en général, nous devons, lorsqu'elles offrent le type intermittent, nous comporter de la même manière dans l'investigation des symptômes locaux et généraux qui les constituent ; nous devons procéder à la connaissance d'une fièvre gastrique intermittente, par exemple, tout comme on le fait généralement aujourd'hui pour une fièvre gastrique continue ; c'est-à-dire que nous devons partir des cas où les symptômes locaux de la phlegmasie gastro-intestinale sont très sensibles pour arriver par analogie à la connaissance de cette maladie, dans les cas où le cortége nombreux des phénomènes généraux, fébriles et sympathiques, masque toute espèce de lésion locale, l'efface presque entièrement, ou bien tend à la faire présumer là où elle n'est pas.

On voit par l'histoire des fièvres et des phlegmasies continues qu'il y a plusieurs organes placés à l'intérieur dont on découvre assez facilement l'inflammation par la seule apparition de quel-

(1) *Nosographie philosophique*, t. 1er, p. 404.

ques phénomènes généraux et sympathiques ; ainsi, par exemple, la céphalalgie, les lassitudes générales, la chaleur de la peau, la fréquence du pouls, le dégoût, l'amertume de la bouche, la rougeur et la sécheresse de la langue, etc., indiquent à tout médecin une nuance de phlegmasie gastrique. Des déjections alvines très fréquentes, liquides, avec un sentiment de fatigue et de malaise général, avec chaleur et sécheresse de la peau, fréquence et dépression du pouls, frissons vagues ressentis particulièrement dans le dos et les extrémités inférieures, indiquent également une entérite ou gastro-entérite. On voit aussi, dans l'histoire des mêmes phlegmasies continues, qu'il existe encore plusieurs organes internes, dont on est habitué à reconnaître l'inflammation d'après un petit nombre de phénomènes généraux et locaux, et quelquefois un seul phénomène local (la douleur) ; ainsi un point de côté violent, fixe, qui n'augmente que peu ou point par la pression extérieure, mais qui devient très aigu par une longue inspiration, avec un pouls dur, plein, fréquent, annonce souvent une pleurite. Une douleur vive, peu profonde, étendue à toute la surface de l'abdomen avec pâleur de la face, tiraillement des traits et un pouls petit, serré, fréquent, indique une péritonite ; des douleurs violentes continues dans la région du foie, des reins et qui augmentent beaucoup à la pression de ces organes, suffisent souvent pour établir l'existence d'une hépatite, d'une néphrite. Le succès du traitement antiphlogistique a très souvent confirmé l'exactitude de ces diagnostics, et souvent même l'autopsie n'a laissé aucun doute à cet égard. Or, pourquoi n'en agirait-on pas ainsi pour les phlegmasies intermittentes? pourquoi ne serait-on pas en droit de juger d'après les mêmes données, et de porter un diagnostic sur l'existence de ces phlegmasies d'après le développement des mêmes symptômes lorsqu'ils n'ont fait que changer de type ? S'il y a dans les viscères des douleurs purement nerveuses, comme nous en avons vu à l'extérieur du corps, il est certain qu'elles sont beaucoup plus rares qu'on l'a cru jadis et que le croient encore aujourd'hui plusieurs écrivains ; parce que le système nerveux de la vie organique, partout distribué dans les viscères sous forme capillaire, n'est point disposé, comme celui de la vie animale, au mode particulier de souffrance qui constitue la névralgie.

Quoique le système nerveux par ses expansions ou ses ramifications infinies reçoive le premier toute impression irritante,

c'est rarement sur lui que se fixe ou que s'arrête l'irritation; ce n'est point lui qu'elle modifie et à qui elle fait éprouver des changements d'organisation; à peine les papilles ou les extrémités nerveuses, partout disséminées dans les viscères principalement à la surface des membranes muqueuses, ont-elles reçu une impression stimulante quelconque, que celle-ci est à l'instant transmise aux centres nerveux ; de là une douleur plus ou moins sensible, puis une réaction locale et un appel de fluide d'après le principe *ubi stimulus, ibi fluxus ;* les fluides appelés gênent, distendent les parties, deviennent eux-mêmes la cause de nouvelles douleurs et de phénomènes morbides plus ou moins remarquables.

Nous savons que les choses se passent ainsi à l'extérieur du tronc et dans les membres, pour les douleurs aiguës qui se manifestent dans les endroits où l'on ne distingue pas de cordons nerveux particuliers, comme dans les douleurs vives, ressenties parfois dans l'épaisseur d'un muscle ou dans une articulation; on ne dit point alors qu'il y a névralgie, mais rhumatisme, arthrite, c'est-à-dire une véritable affection inflammatoire qu'on attaque avec succès, et qu'on guérit par les antiphlogistiques. Cependant combien de fois les phénomènes de rougeur, de chaleur, de gonflement, sont-ils à peine sensibles ! Combien de fois n'arrive-t-il pas qu'il n'y ait d'apparent qu'un ou deux symptômes inflammatoires ! D'ailleurs, n'avons-nous pas vu, en traitant des irritations intermittentes externes, que dans les cas mêmes où la douleur suivait un cordon nerveux, elle ne laissait pas de donner lieu très souvent à l'appel des fluides rouges ou blancs, et par suite à une véritable inflammation ou subinflammation?

Nous ne pouvons point indiquer d'une manière générale les symptômes des phlegmasies intermittentes internes, parce que ces symptômes étant différents pour la phlegmasie de chaque viscère en particulier, nous serions obligé de faire l'histoire de chacune d'elles pour tracer un tableau exact de ces symptômes. D'ailleurs nous pensons qu'au lieu de former autant de groupes de symptômes, au lieu de tracer autant de tableaux artificiels différents qu'il y a d'organes internes susceptibles d'être atteints de phlegmasies périodiques, nous pensons qu'il sera bien préférable de présenter des tableaux tracés d'après nature, en rapportant avec détails les observations les plus complètes qui établissent l'existence de chacune des phlegmasies dont il s'agit.

La terminaison des phlegmasies intermittentes des viscères peut avoir lieu très promptement par le seul éloignement de la cause irritante, ou par le déplacement de l'irritation et le développement à l'extérieur du corps de quelques phlegmasies continues ou intermittentes. Il n'est pas rare que les inflammations périodiques internes, au lieu de se terminer d'une manière prompte et avantageuse, dégénèrent en continues, et persistent plus ou moins long-temps sous ce type; d'autres fois ces inflammations se répètent un certain nombre de fois avec plus ou moins de régularité; mais, dans l'un et l'autre cas, elles donnent souvent lieu à l'hydropisie, à l'engorgement de quelques viscères, surtout des organes parenchymateux abdominaux; enfin elles peuvent amener la désorganisation des tissus affectés et la mort des malades. Mais c'est ordinairement par suite d'une congestion rapide et violente sur quelques organes importants, comme le cerveau, les poumons et l'estomac, que la mort survient; un second ou un troisième accès suffit alors pour tuer les malades si on ne lui oppose les moyens convenables.

D'après tout ce que nous avons dit précédemment, on ne donnera plus aux phlegmasies dont il s'agit les noms de *fièvres larvées*, de *fièvres pernicieuses* intermittentes; on ne leur donnera plus des noms particuliers fondés uniquement sur le phénomène de la fièvre, sur la circonstance de leur retour périodique, ou sur quelques phénomènes particuliers plus ou moins saillants; mais on leur donnera constamment le nom des organes qu'elles affectent. Ainsi on appellera une phlegmasie ou une congestion inflammatoire du cerveau et de l'arachnoïde qui reviendra chaque jour aux mêmes heures, une encéphalite, une arachnitite quotidiennes; on nommera une phlegmasie intermittente ou rémittente du poumon, de la plèvre, qui se répètera ou éprouvera des exacerbations tous les deux jours, une pneumonite, une pleurite intermittentes ou rémittentes tierces; une inflammation de l'estomac, du foie, du péritoine, de la matrice, etc., qui aura lieu régulièrement tous les trois jours, tous les cinq, tous les huit jours, tous les mois, une gastrite quarte, une hépatite quintane, une péritonite octane, une métrite mensuelle, et ainsi de suite selon le siége de la phlegmasie périodique interne, et selon le type d'intermittence qu'elle adoptera dans telle ou telle circonstance.

Traitement. — Le traitement des phlegmasies intermittentes

internes ne diffère pas beaucoup de celui que nous avons indiqué pour les inflammations périodiques externes. Les diverses préparations de quinquina peuvent également guérir toute espèce d'irritation intermittente interne; mais il est beaucoup plus important dans le traitement de ces dernières de distinguer l'époque à laquelle il convient d'administrer ce médicament, de bien étudier l'état du malade, et surtout de s'assurer de la disposition des organes digestifs avant d'y introduire le quinquina ou le sulfate de quinine, parce qu'il arrive assez souvent que ces organes sont eux-mêmes le siége de la congestion inflammatoire périodique; dans ce cas, si l'irritation n'était pas dissipée au moment où l'on administre le quinquina, ce médicament pourrait l'augmenter et causer des accidents plus ou moins graves. D'ailleurs, dans les cas où les organes digestifs ne sont point eux-mêmes le siége de la phlegmasie périodique, n'arrivera-t-il pas ordinairement que cette phlegmasie est assez intense pour exercer une influence sympathique plus ou moins marquée sur l'estomac? et si cette influence persiste encore à un certain degré au moment de l'ingestion du quinquina ou du sulfate de quinine, elle peut également devenir funeste; il faut donc, dans tous les cas dont il s'agit, attendre une apyrexie parfaite ou une intermission complète des phénomènes morbides avant d'administrer ce médicament. Si l'on peut quelquefois se contenter d'une rémission de ces phénomènes pour le faire prendre aux malades, ce n'est que quand les organes digestifs ne sont pas eux-mêmes le siége de l'irritation inflammatoire, quand cette irritation n'exerce que peu ou point de sympathies, et n'influence l'estomac que durant la première période de ses accès. C'est un fait assez constant et bien digne de remarque que la plupart des phlegmasies périodiques internes, qui attaquent d'autres organes que ceux de la digestion, n'influencent ordinairement l'estomac qu'à leur début, ou durant la période de froid des accès inflammatoires. C'est là une circonstance très avantageuse pour le traitement de ces affections, parce qu'on peut les attaquer avec succès et presque toujours sans danger par le quinquina, aussitôt qu'il y a une rémission manifeste et bien régulière dans leurs symptômes. Il peut arriver que l'ingestion du quinquina fasse cesser les accès ou les redoublements fébriles et périodiques de la phlegmasie, et qu'on voie persister quelques symptômes inflammatoires; alors il faut se hâter de les attaquer par les antiphlogistiques locaux et gé-

néraux les mieux appropriés à la circonstance : « Dans le dernier trimestre de 1824, j'ai guéri, dit M. Chauffard, une fièvre intermittente pneumonique par les saignées et le quinquina. Comme le sujet était un militaire robuste, et qu'après la disparition du type il restait encore des symptômes non équivoques de phlegmasie pulmonaire, je revins avec un avantage marqué à l'emploi des évacuations sanguines, et de l'eau d'orge coupée avec un cinquième de lait pour toute boisson et pour toute nourriture.

Dans tous les cas de phlegmasies intermittentes ou rémittentes internes, c'est durant l'intervalle des accès ou des exacerbations phlegmasiques qu'il faut administrer le quinquina ou le sulfate de quinine, parce que ce médicament, comme nous l'avons dit, est un moyen prophylactique de l'accès ou de l'irritation à venir, et non point un moyen curatif de l'accès actuel; contre celui-ci, l'art doit employer tous les moyens antiphlogistiques locaux et généraux les plus convenables et les mieux adaptés à la partie enflammée; à l'aide de ces moyens, on peut, sinon en arrêter la marche, du moins modérer très sensiblement l'intensité de l'accès inflammatoire. L'emploi de ces moyens doit être dirigé avec d'autant plus de méthode et appliqué avec d'autant plus d'énergie, que les organes affectés jouent un plus grand rôle dans l'économie, et que la congestion sanguine qui constitue l'accès est plus rapide et plus considérable.

Il y a beaucoup de cas dans lesquels les moyens antiphlogistiques, surtout les émissions sanguines, sont indispensables et bien plus utiles que le quinquina lui-même, puisque sans eux les malades succomberaient durant les accès et avant qu'on pût administrer ce médicament. Les moyens dont il s'agit doivent être employés en général dès le commencement de l'accès ou du redoublement inflammatoire, et pendant tout le temps que les phénomènes locaux et généraux de l'irritation ne sont pas dissipés ou très sensiblement amendés par les sueurs, par les sécrétions et évacuations diverses qui caractérisent ordinairement la dernière période des accès inflammatoires. Ces moyens doivent varier suivant l'intensité et le siége de la phlegmasie périodique qu'on veut traiter. S'il s'agissait, par exemple, d'une hépatite qui revînt régulièrement tous les jours ou tous les trois jours (fièvre pernicieuse, hépatique, quotidienne ou quarte); si les symptômes locaux de l'inflammation du foie, tels que la douleur, le gonflement, la chaleur dans la région hépatique, etc., étaient

très intenses et accompagnés de phénomènes sympathiques ou fébriles, proportionnés à l'intensité des symptômes locaux, il faudrait avoir recours, durant l'accès, aux applications de sangsues ou de ventouses scarifiées, aux cataplasmes et fomentations émollientes sur la région abdominale correspondante ; il faudrait prescrire la diète, les boissons délayantes et adoucissantes, les bains tièdes, les lavements émollients, etc.; il faudrait même avoir recours aux saignées générales, si le malade était d'un tempérament sanguin, si le pouls était plein, dur et fréquent. Il faudrait continuer tous ces moyens jusqu'à ce qu'il survînt une apyrexie complète ou une intermission manifeste des symptômes inflammatoires; alors on aurait recours promptement au quinquina pour prévenir de nouveaux accès. Si la phlegmasie du foie revenait à des époques très rapprochées, et de manière qu'un accès fût à peine terminé quand il en survient un autre, ou s'il s'agissait d'une phlegmasie continue de cet organe avec des redoublements périodiques, il faudrait, dans le premier cas, insister beaucoup, dès le commencement de l'accès, sur tous les moyens antiphlogistiques, afin d'obtenir une intermission plus sensible, moins courte et plus favorable à l'ingestion du quinquina ou du sulfate de quinine; dans le second cas, il faudrait continuer les moyens dont il s'agit jusqu'à ce qu'il n'y eût plus de symptômes généraux ou fébriles, et qu'il y eût une rémission évidente des symptômes locaux; alors on pourrait encore avoir recours aux amers, mais il faudrait les employer avec circonspection et bien surveiller leur mode d'action sur l'estomac, à cause des rapports immédiats et de la correspondance intime du foie avec le canal digestif.

Il est inutile que nous nous arrêtions en particulier au traitement de chaque phlegmasie intermittente ou rémittente des viscères, puisqu'il est absolument le même pour toutes : ainsi l'on se comportera, pour une trachéite, un catarrhe pulmonaire aigu, une péritonite, une métrite, une gastro-entérite, etc., qui présenteront le type intermittent (fièvres pernicieuses *dyspnéique*, *catarrhale*, *cholérique*, *puerpérale*), de la même manière que nous venons de l'indiquer pour l'hépatite; il en sera de même à l'égard d'une péripneumonite, d'une encéphalite intermittentes (fièvres pernicieuses *péripneumonique*, *soporeuse* ou *comateuse*), avec la différence qu'établissent l'importance et la nécessité des fonctions dont ces organes sont chargés. Comme un seul de

leurs accès peut devenir mortel s'il est très intense, il est évident qu'il faut, dans ce cas, agir le plus promptement possible par tous les moyens antiphlogistiques et révulsifs les plus énergiques dont l'art puisse disposer; car si l'on ne comptait que sur l'administration du quinquina, le malade succomberait infailliblement avant qu'on pût administrer ce médicament, ou avant qu'il ait eu le temps d'agir convenablement.

Sauf les cas dont nous venons de parler, il n'est point toujours nécessaire d'insister sur l'emploi des moyens antiphlogistiques durant les accès des phlegmasies intermittentes. Ces moyens ne font essentiellement partie du traitement de ces phlegmasies que quand les accès ou redoublements inflammatoires sont très aigus et très violents; mais si les phénomènes qui constituent ces accès sont très modérés, on peut quelquefois se dispenser d'avoir recours aux antiphlogistiques, surtout aux grandes émissions sanguines, parce que ces moyens ne sont en général curatifs ou modérateurs que de l'accès actuel, et ne jouissent d'aucune vertu prophylactique. Il serait inutile, par exemple, d'affaiblir les malades par des saignées ou de les fatiguer par des applications de sangsues, s'il ne s'agissait que d'une bronchite ou d'une hépatite dont les accès fussent très légers et sans phénomènes sympathiques ou fébriles. Ces accès ne faisant courir aucun danger aux malades, et l'expérience ayant prouvé que les moyens antiphlogistiques ne suffisaient pas ordinairement pour guérir des phlegmasies intermittentes, l'on pourrait attendre la fin des accès dont il s'agit, et administrer, pendant l'intermission, le sulfate de quinine, dont l'usage méthodique en préviendrait de nouveaux, et ne tarderait point à procurer une guérison parfaite.

Toutefois nous pensons qu'il vaut mieux en général traiter les premiers accès ou redoublements d'une phlegmasie intermittente et rémittente quelconque, par les moyens antiphlogistiques, parce que l'emploi prudemment dirigé de ces moyens n'est jamais nuisible; et, dans le cas où il ne suffit point à la guérison des malades, il les dispose constamment à l'ingestion des stimulants amers, dont l'efficacité est alors beaucoup plus sûre, et leur emploi, même à hautes doses, sujet à moins d'inconvénients. N'est-ce pas là, comme nous l'avons dit, un trait de lumière qui tend à prouver que, dans le traitement des maladies, les méthodes rationnelles et modifiées suivant leur nature, seront toujours les plus sûres, et qu'on finira peut-être par

renoncer à tous les moyens empyriques dès qu'on aura perfectionné ces dernières méthodes et qu'on sera allé plus avant encore dans le diagnostic des maladies. Il est d'ailleurs à remarquer que, dans la plupart des cas où il est très urgent d'employer le plus tôt possible le quinquina, il est encore plus urgent et plus indispensable d'avoir promptement recours aux antiphlogistiques pour modérer l'intensité des premiers accès, intensité quelquefois telle qu'elle tue les malades avant même que l'indication du quinquina soit bien reconnue; tels sont certains accès d'encéphalite ou de pneumonite aiguës durant lesquels les malades mourraient apoplectiques ou asphyxiés si on ne leur pratiquait tout de suite une, deux, ou plusieurs saignées, suivies d'applications froides sur la tête, et si l'on n'opérait une révulsion prompte et énergique vers les parties inférieures du canal digestif par des lavements irritants, puis sur les extrémités des membres par des sinapismes, des vésicatoires, même par l'eau bouillante, et surtout par la ligature circulaire des membres, moyen qui, selon nous, mérite d'être perfectionné et beaucoup plus employé qu'on ne le fait encore. On peut dire que, dans ces cas, les moyens antiphlogistiques et révulsifs très énergiques sauvent la vie aux malades, alors même qu'ils ne préviennent pas les récidives de la phlegmasie périodique. Curatifs de l'accès actuel, ils ne sont point ordinairement prophylactifs des accès futurs ; ceux-ci peuvent bien reparaître, mais ils présenteront alors une intensité moindre, et ils seront suivis d'une intermission plus parfaite durant laquelle le sulfate de quinine pourra être employé à fortes doses et sans trop craindre l'irritation consécutive du canal digestif; parce que des émissions sanguines répétées et un traitement antiphlogistique très énergique auront rendu la muqueuse digestive moins irritable et moins susceptible de développer à son tour des influences funestes du côté des organes encéphaliques et pulmonaires. L'examen des faits que nous allons rapporter nous suggèrera encore beaucoup de réflexions sur l'étiologie, la symptomatologie, et le diagnostic des phlegmasies périodiques internes, et nous conduira à établir plusieurs autres préceptes théoriques et pratiques qui tendront à compléter cette dernière et si importante partie de l'histoire de ces phlegmasies, c'est-à-dire à nous fixer de tous points sur la manière la plus efficace et la plus convenable de les combattre et de les prévenir.

Nous formerons, dans la distribution des faits relatifs aux phlegmasies intermittentes et rémittentes des viscères, quatre sections ou quatre différents groupes de maladies, uniquement afin de pouvoir mieux suivre ces faits dans les réflexions qu'ils nous suggèreront, et dans les analyses que nous serons dans le cas d'en faire pour mieux nous rendre compte du siége et de la nature des affections dont ils nous retracent les histoires particulières.

SECTION Ire. — Observations qui prouvent l'existence des phlegmasies rémittentes et intermittentes des organes encéphaliques et rachidiens, sous les types quotidien, bi-quotidien, tierce, double-tierce, quarte, quintane, octane, quindécimane, mensuel et sextimensuel.

Encéphalite rémittente quotidienne.

No 145. Un homme âgé de trente-neuf ans se plaignait depuis neuf mois d'une douleur très aiguë qui se faisait sentir à la partie antérieure et droite de la tête. Cette douleur augmentait tous les jours régulièrement vers le soir; elle était alors si intense, qu'elle était accompagnée de délire et le plus souvent de convulsions violentes par tout le corps. Quoiqu'on n'eût négligé aucun remède convenable, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur, cependant la maladie fit de jour en jour des progrès, et le malade succomba, réduit au dernier degré d'épuisement par les convulsions et les vomissements fréquents de matière jaunâtre auquel il était exposé à chaque redoublement.

L'autopsie fit voir le lobe antérieur droit du cerveau réduit presque totalement en une sorte de putrilage très fétide. Les intestins étaient considérablement resserrés, noueux; les parois de l'estomac, épaisses d'un doigt, formaient une cavité si petite, qu'elle pouvait à peine contenir une demi-livre de liquide. (Storck, *Ann. med. secund. cad.* 8, p. 250.)

Encéphalite ou apoplexie intermittente quotidienne.

No 146. Torti rapporte l'exemple d'une dame qui, pendant un voyage, éprouva tout-à-coup un grand mal de tête avec étourdissement et stupeur tels qu'on la crut attaquée d'apoplexie. Après quelques heures, rémission de tous les symptômes.

Le lendemain et le surlendemain, même attaque; dans la dernière, la malade parut vraiment apoplectique et privée de vie; mais l'existence de la fièvre et le retour régulier de l'état de stupeur, d'étourdissement et de pesanteur de tête, firent penser que c'était une fièvre intermittente qui était *masquée* par les symptômes dont il s'agit. On administra le quinquina, et l'on obtint la guérison de la malade. (*Therapeut. special.*, lib. 4, cap. 4, hist. 6.)

Autre avec le même type.

No 147. Hoffmann a observé un jeune homme de vingt-six ans, qui, ayant négligé de se faire pratiquer une saignée au bras durant le temps des

équinoxes, comme il en avait l'habitude, et qui, s'étant mis à l'usage des eaux de Selter, fut pris le matin d'une apoplexie qui se termina bientôt par le vomissement. Cette affection se manifesta de nouveau le lendemain, puis continua à revenir tous les matins pendant six jours consécutifs; mais dès le sixième accès, elle cessa de revenir sans qu'on ait employé le quinquina. (*Opera omnia*, t. IV.)

Sydenham (Lettre au docteur Brady) dit qu'il a observé des fièvres intermittentes dont les accès simulaient ceux de l'apoplexie.

Encéphalite intermittente quotidienne.

No 148. M. A***, âgé de trente-deux ans, d'un tempérament pituitoso-sanguin, demeurant à Rome depuis un an, fut pris le 4 avril 1808, vers les huit heures du matin, d'un violent mal de tête dont il attribuait la cause à un coup de soleil, parce que la veille il s'était exposé au soleil ayant la tête découverte et les cheveux mouillés. Ce mal de tête fut si violent que l'individu fut obligé de se mettre au lit, où il ne put reposer avant deux heures de l'après-midi, tant ses souffrances étaient grandes. La douleur ne disparut entièrement qu'à cinq heures du soir. Ce qui s'était passé n'avait point dérangé ses fonctions; il avait bon appétit et il dîna à son ordinaire. Le lendemain, au grand étonnement du malade, même douleur à la même heure, même marche et même terminaison.

Je vis le malade le 16, avant midi (la douleur était revenue comme les jours précédents); il était alors taciturne et répondait difficilement aux questions; tout lui était incommode; il désirait le repos, le silence, et surtout que la plus grande obscurité régnât dans son appartement. Il était couché la face renversée contre son lit, serrant la tête de ses deux mains; la figure et les yeux étaient rouges, le front chaud, la chaleur du corps tempérée, le pouls naturel; les artères carotide et temporale battaient avec célérité. Il avait parfois de la toux qui suscitait des envies de vomir. Après le paroxysme, j'obtins du malade la relation suivante: Dès son invasion, il y avait pesanteur et douleur à l'occiput, et successivement sous les pariétaux; cette douleur était plus forte au côté gauche; il y avait des mouvements convulsifs de l'œil du même côté et par moments tiraillement du globe dans l'orbite, impossibilité de supporter la clarté du jour ou d'une lumière; souffrances augmentées par le moindre bruit lorsqu'on marchait dans la chambre, ou par le son des cloches. Le malade ne pouvait rester long-temps dans la même position, et s'il se tournait, quelque lenteur ou quelque précaution qu'il apportât à se mouvoir, la douleur de tête en était si fort augmentée, que, pour me servir de ses expressions, il lui semblait que sa tête allait s'ouvrir avec explosion; s'il toussait ou s'il se mouchait, sa douleur était portée à l'extrême. Une pulsation analogue à celle d'une tumeur phlegmoneuse, mais plus profonde et insupportable, se faisait sentir dans le cerveau. Cette pulsation, nullement réglée sur celle du pouls, avait plus de fréquence et donnait chaque fois l'éveil à la douleur. Il n'y avait pas de perte de sens, mais les idées étaient confuses; il y avait insouciance; un froid léger se faisait sentir aux pieds. Tels sont les symptômes morbifiques qui constituaient la première période, et qui durait depuis huit heures du matin jusqu'à midi ou une heure. Cette période se rapporte à celle du froid des fièvres intermittentes. Dans la seconde, la douleur de tête persistait, mais il y avait moins d'intensité dans tous les symptômes; les idées étaient plus libres, la disposition à dormir très manifeste, le sommeil était court et traversé par des rêves extraordinaires. Bientôt une sueur légère couvrait la figure du malade; ses cheveux devenaient humides; le froid des pieds se dissipait, et avant le coucher du soleil, le malade, délivré de ses souffrances, était hors de son lit, et pouvait

reprendre ses occupations. Ces derniers symptômes constituaient une période qui me parut avoir beaucoup d'analogie avec celle qui termine un accès de fièvre intermittente.

Le calme étant rendu au malade, il existait encore quelques vestiges de la souffrance que le cerveau et les membranes avaient éprouvée. Ces parties étaient *endolories*, et la douleur s'y faisait bien mieux sentir si le malade éternuait ou faisait un faux pas. Cet état durait trois ou quatre heures, pendant lesquelles, s'il se mouchait, il donnait issue à une mucosité un peu épaisse, transparente, de couleur d'un beau jaune citron à laquelle un peu de sang se trouvait parfois mêlé. Les urines rendues vers la fin ou après le paroxysme déposaient un sédiment terreux très abondant. Du reste, tout semblait être rentré dans l'ordre, et les forces ne paraissaient pas avoir été diminuées.

Nous avions alors à traiter des maladies inflammatoires et même des fièvres intermittentes revêtues de ce caractère; joignant à cette considération médicale l'opinion du malade, qui se croyait atteint d'un coup de soleil, et supposant que la tendance du sang vers la tête était le phénomène pathologique contre lequel le traitement devait être dirigé, je prescrivis un demi-bain tiède pour être pris avant le retour du paroxysme. Cette prescription, loin d'être favorable, fut suivie d'une douleur de tête plus forte que celle des autres jours, et qui revint une heure plus tôt. Le 18, je donnai des calmants, des antispasmodiques, mais l'accès revint comme les jours précédents. Le 19 et le 20 furent consacrés à l'observation; seulement régime modéré, boissons tempérantes, lavements; même douleur et à la même heure; même ensemble de symptômes, même terminaison.

L'inefficacité des remèdes et la périodicité de la céphalalgie me forcèrent enfin à recourir au quinquina. J'en prescrivis trois gros, mêlés avec deux grains d'opium, pour deux doses à prendre pendant la rémission de l'accès du 20. Cette petite quantité opéra au-delà de mes espérances. Le mal de tête revint, mais il fut supportable; le malade ne se coucha pas et se livra à quelques occupations. La nuit suivante, il prit une pareille dose de quinquina et d'opium. Le 22, point de douleur de tête, ni aucun des symptômes qui avaient caractérisé les paroxysmes antérieurs. Le fébrifuge fut répété dans la nuit du 22 au 23, et j'en bornai l'usage à ces trois doses, qui suffirent pour guérir entièrement le malade. (Audouard, *Nouv. Thérap. des fièvres interm.*)

Encéphalo-méningite, exacerbation quotidienne. (Fièvre pernicieuse cérébrale.)

N° 149. Une mulâtresse âgée de cinquante ans, et dont la constitution se trouvait détériorée par le mauvais régime qu'elle gardait et par l'abus des boissons alcooliques, était malade depuis huit jours, et présentait les symptômes suivants: état comateux, pupilles dilatées, face vultueuse, sueur visqueuse, paralysie du côté gauche, pouls petit, mou et dépressible. Il s'y joignait prostration de forces, soubresauts des tendons, et la langue présentait un enduit jaunâtre. Les régions de l'abdomen n'étaient pas douloureuses.

On avait déjà appliqué dix-huit sangsues à la nuque, aux régions mastoïdiennes et à l'épigastre. L'auteur de cette observation se contenta de donner à la malade de l'eau anglaise (*soda-water*), une forte décoction de quinquina, et fit appliquer un large cataplasme qui couvrait la calotte crânienne. Le lendemain la malade eut un accès très fort, accompagné de délire. Douze grains de sulfate de quinine lui furent administrés. Dans les trois jours suivants, les symptômes empirèrent, malgré les frictions avec le sulfate de quinine sur l'épine dorsale, et une once de quinquina dans l'infusion de camomille; bref, la malade mourut, et l'on trouva, à l'ouverture du crâne, les vaisseaux

cérébraux engorgés. Trois ou quatre onces de sérosité dans les ventricules du cerveau; ramollissement de la substance du même organe, et quelques ecchymoses sur la tente du cervelet. L'abdomen n'offrit rien de particulier. (Castroverde, *Revue méd. franç.*, 1832.)

Encéphalite rémittente quotidienne.

N° 150. Lefrançais (Charles), âgé de quatre ans, sanguin, vif, fortement constitué, éprouva le matin une douleur très vive au sommet de la tête avec fièvre légère. La douleur reparut vers le soir; elle fut précédée d'un frisson qui dura peu de temps, puis la face devint rouge, gonflée, avec assoupissement et froideur des extrémités. Cet accès dura deux heures; il se termina par une sueur copieuse. La nuit fut calme et l'enfant dormit comme à l'ordinaire. Quelques bains de jambes, des lavements, et une boisson mucilagineuse sucrée, furent les moyens qu'on employa. Le 19 au matin, Charles déjeuna de bon appétit. Vers midi, il eut un peu de malaise. Le soir la peau était brûlante; il se plaignit de douleurs à la tête. Au milieu de la nuit il fut réveillé par un frisson général, et sa peau resta glaciale pendant une demi-heure. Tout-à-coup, après s'être vivement plaint de la tête, qu'il indiquait être le siège d'une douleur très forte, toute cette partie se gonfla, devint rouge et douloureuse au toucher. Les extrémités, qui avaient repris peu de temps auparavant leur chaleur naturelle, se refroidirent; le malade resta assoupi sans mouvement, la respiration devint stertoreuse, et des spasmes agitèrent les muscles des lèvres et ceux des ailes du nez; la bouche était entr'ouverte par l'abaissement de la mâchoire inférieure. Ces symptômes persistèrent pendant une heure, et bientôt la sueur s'établit, et les symptômes se dissipèrent à fur et mesure qu'elle augmenta.

Le lendemain, à sept heures du matin, je trouvai Charles très fatigué, abattu; le pouls était fébrile, le visage rouge, gonflé et couvert de sueur. Une heure après, il entra dans une rémission complète; le pouls était un peu plus lent que dans l'état habituel de santé. Bains de jambes sinapisés, tisane légèrement diaphorétique, lavements purgatifs, diète. A trois heures, la douleur de tête reparut; le pouls était lent, fort, dur. Craignant de voir se renouveler les accidents de la précédente nuit, et m'étant assuré que ces accès de fièvre intermittente dépendaient d'une irritation cérébrale, je fis appliquer sept sangsues derrière chaque oreille; elles donnèrent du sang jusqu'à six heures. A sept heures, l'enfant s'endormit paisiblement jusqu'à dix. Il passa le reste de la nuit parfaitement bien, toujours couvert d'une douce moiteur. Le 21, il était très bien. Bains de jambes. Le surlendemain, purgatifs minoratifs; les accès n'ont plus reparu. (Desruelles, *Journal universel de méd.*, t. XV.)

Apoplexie et arachnitite intermittente et rémittente quotidienne.

N° 151. M. Ch***, âgé de cinquante-six ans, tempérament bilioso-sanguin, embonpoint médiocre, taille élevée, étant affecté depuis plusieurs années de goutte articulaire, se déplaçant fort souvent, et développant alors sur la muqueuse de l'estomac et de l'intestin grêle, sur le parenchyme hépatique, la plèvre diaphragmatique, de graves irritations qui avaient un caractère inflammatoire bien décidé. Le 1er avril 1824, M. Ch*** fut frappé d'apoplexie subitement et sans aucun symptôme antécédent. Stupeur considérable, somnolence alternant avec un délire fugace; pouls petit, irrégulier, déprimé, sans fréquence; face pâle, chaleur animale inégalement répartie, très sensible à la tête, nulle dans les autres parties du corps, dont la peau était très froide. Seize sangsues à la base du crâne. Après leur application, la chaleur se répandit sur toute la périphérie du corps; le pouls s'éleva, devint dur,

large, tendu; deux saignées, chacune de vingt onces. Hémiplégie à gauche, déglutition difficile, respiration stertoreuse, coma profond; insensibilité de la peau, des sens externes, de l'estomac, aux stimulants les plus énergiques. Vésicatoires, sinapismes aux extrémités, glace pilée sur la tête. Dans la matinée du 2, disparition complète de l'assoupissement, diminution de l'hémiplégie et retour du mouvement et du sentiment, rétablissement des rapports du malade avec les objets environnants. Les graves symptômes qui, le jour précédent, dénonçaient un raptus apoplectique et la compression du cerveau, disparurent en moins d'une heure pour faire place au symptôme d'une phlogose aiguë de l'arachnoïde. Dès lors, face animée, regard fixe, yeux hagards, jactation, délire loquace, partiel; association et filiation parfaite des idées qui formaient l'objet du délire; coloration du visage, chaleur de la tête. Glace pilée, affusion d'eau et mixture frigorifique sur la tête, lavement avec l'eau froide vinaigrée et salée. Vive excitation nocturne. Vingt-deux sangsues à la base du crâne. Diminution notable des symptômes de l'excitation cérébrale. Le 3, délire plus actif que la veille, jactation, soubresauts des tendons. Trente-six sangsues à la base du crâne et au cou. Alors excitation cérébrale remplacée par un collapsus profond, et assoupissement comateux interrompu par de fréquentes et singulières hallucinations. Sinapismes animés avec l'acide hydrochlorique appliqués aux pieds. Le 4, retour du délire à dix heures, suivi d'un assoupissement de plusieurs heures avec coloration de la face et élévation du pouls. Nuit calme du 4 au 5. Pendant la journée du 5, céphalalgie frontale violente, délire presque continu, alternant avec l'assoupissement comateux. Vingt sangsues à la base du crâne, vésicatoire à la nuque. Redoublement fébrile nocturne avec dilatation des pupilles. Le 6, diminution sensible des symptômes de la phlogose cérébrale. Glace. Le 7, nouvelle exacerbation du délire, de la céphalalgie qui est atroce, cris plaintifs ou mussitation; pouls dur, fréquent, irrégulier, expression remarquable d'étonnement. Le 8, mêmes symptômes moins le délire. Le 9, cessation complète de la plupart des symptômes jusqu'à deux heures du soir où ils reparurent. Le 10, même rémission que celle de la veille, à neuf heures du matin. Dès lors sulfate de quinine huit grains. L'indication était positive; cette grave phlegmasie devenait une fièvre rémittente délirante ou soporeuse. Le paroxysme revint deux heures plus tard que la veille. Le 11, même état de rémission, continuation du sulfate de quinine; à quatre heures du soir, paroxysme comme la veille. Les jours suivants, retour des paroxysmes et des rémissions toujours aux mêmes heures : neuf heures du matin et quatre heures du soir. Continuation du sulfate de quinine. Le 14, les rémissions se sont converties en véritables intermissions ou apyrexies. L'état du malade va s'améliorant, et on continue le sulfate de quinine jusqu'au 17. (Allonneau, *Bulletin de l'Athénée de médecine*, 1826.)

Méningite quotidienne.

No 152. A la suite d'un coup reçu à la tête qui fractura le pariétal, et après quatre jours d'une santé parfaite en apparence, un homme éprouva le soir un violent accès de fièvre avec céphalalgie, frisson, délire alternant avec l'assoupissement; coloration de la face, et douleur très vive dans le cou. Ces symptômes disparaissent le lendemain matin, et pendant toute la journée le malade raisonne bien et mange de bon appétit. Huit accès semblables se succèdent, séparés par une apyrexie complète; mais après le neuvième, les accidents persistent, et le malade meurt dans le coma.

A l'ouverture du cadavre, on trouve les méninges inflammées, recouvertes d'une exsudation puriforme, la substance du cerveau correspondant à la plaie, brune et liquéfiée, et la troisième vertèbre dorsale fracturée, avec la

membrane de la moelle épinière légèrement phlogosée dans cet endroit. (Itard, *Journal univ. des sciences méd.*, 1823.)

Autre avec le même type.

N° 153. Un adulte, fort et bien constitué, éprouve quatre accès d'une fièvre quotidienne, dont les principaux symptômes sont d'abord, et avant l'invasion de la fièvre, une céphalalgie intolérable, et pendant l'accès, délire, rougeur très vive de la face, agitation, pouls dur, petit et fréquent, occlusion des yeux, rétrécissement de la pupille, soubresauts des tendons, haleine très fétide. Dans l'après-midi, disparition de tous ces symptômes, à l'exception d'un léger mal de tête. Bien-être jusqu'au lendemain matin. Le quatrième accès emporta le malade.

A l'ouverture du crâne, on trouva l'arachnoïde très rouge, épaisse, adhérente au cerveau, et la membrane muqueuse du colon et des intestins grêles vivement colorée en rouge. (*Id. ibid.*)

Arachnitite intermittente quotidienne.

N° 154. Un homme reçoit sur sa tête un corps très lourd qui, tombant d'un endroit élevé, brise et enfonce plusieurs portions du pariétal droit. Il perd connaissance pendant un quart d'heure au moment de la chute, mais il la recouvre bientôt complétement. Pendant quatre jours, tout alla parfaitement bien, le malade n'eut pas même de céphalalgie; elle ne parut que le soir du quatrième jour, et s'accompagna de frissons, de symptômes gastriques, de délire alternant avec un assoupissement profond, d'une vive coloration de la face, de fréquence et de dureté dans le pouls, et d'une chaleur générale très vive Jusqu'au 9, tous ces accidents revinrent régulièrement tous les soirs; ils disparaissaient si complétement qu'on aurait pu douter du désordre de la nuit, si le malade n'avait pas été examiné avec la plus grande attention. Dans le courant de la journée, il était calme et gai, raisonnant bien, et mangeait de bon appétit la nourriture qu'on lui accordait. Le neuvième jour au matin, le calme ne revint pas; le délire, la fièvre, les mouvements presque convulsifs, prirent en peu de temps un haut degré d'intensité; l'assoupissement se convertit bientôt en véritable coma; la respiration devint stertoreuse, le pouls petit et intermittent, la peau sèche, etc Tous ces accidents allèrent en augmentant jusqu'à la mort qui arriva le lendemain. Pendant tout le temps de cette affection, le malade ressentit dans le cou une douleur très vive.

Ouverture du cadavre. — 1° La surface interne de la dure-mère, à trois ou quatre pouces environ de l'ouverture du crâne, était détachée de l'os et couverte de pus; 2° l'arachnoïde sur l'un et l'autre hémisphère était rouge; sur le droit, elle était de plus recouverte d'une couche de matière puriforme assez épaisse et confondue avec la substance cérébrale au niveau de l'ouverture du crâne; cette couche était plus mince, et pouvait être détachée de l'arachnoïde dans les autres endroits; 3° la pie-mère, également enflammée, avait acquis beaucoup d'épaisseur, et tenait intimement réunies entre elles les circonvolutions cérébrales. Au niveau de la plaie extérieure, la substance du cerveau était brunâtre et comme liquéfiée à un travers de doigt de profondeur. On trouva la troisième vertèbre dorsale fracturée, et la membrane de la moelle épinière en cet endroit légèrement phlogosée. (Lemaire, *Dissert. méd.*)

Autre arachnitite sous type quotidien.

N° 155. Un adulte fort et bien constitué est apporté un jour dans les salles de M. Récamier dans l'état suivant: perte complète de connaissance; coucher

en supination; désordre complet des facultés intellectuelles, souvent même délire furieux; rougeur très vive de la face; yeux habituellement fermés; conjonctives injectées; rétrécissement extrême des pupilles; agitation continuelle; soubresauts des tendons; chaleur vive et sécheresse de la peau; pouls dur, petit, fréquent, haleine très fétide. Dans l'après-midi, tous ces accidents disparaissent; la connaissance revient complétement; le malade parle; il se plaint d'une douleur de tête qui est intolérable avant l'accès; il ne sait à quoi attribuer cette maladie qu'il regarde comme une légère indisposition. Quoique très fatigué, il passe le reste de la journée et la nuit entière dans un état satisfaisant. Le lendemain matin, il est pris de frissons qui s'accompagnent bientôt de tous les accidents qu'il présentait la veille, lors de son entrée à l'hôpital; comme la veille aussi, le calme revient dans l'après-midi, mais le malade reste plus abattu et plus courbaturé. Le surlendemain, les accidents reparaissent à la même heure que les jours précédents et disparaissent de même; on reconnaît une fièvre intermittente pernicieuse, et on dirige le traitement en conséquence. Le quatrième jour, l'accès reparaît avec plus de force et d'intensité que les jours précédents, et le malade meurt deux heures après son invasion.

Ouverture du cadavre. — L'arachnoïde était d'un rouge vif, non seulement au-dessus de la masse cérébrale, mais encore à la partie interne de toute la dure-mère; elle était de plus très épaissie, mais au-dessus du cerveau seulement; elle adhérait encore à la surface des circonvolutions d'une manière plus intime que dans l'état naturel; les circonvolutions étaient un peu ramollies. La membrane muqueuse du colon et de tous les intestins grêles offrait également une rougeur très vive. (Parent-Duchatelet et Martinet, *Recherches sur l'inflammation de l'arachnoïde.*)

Arachnitite intermittente bi-quotidienne.

N° 156. Maujy, âgé de dix-neuf ans, d'une constitution frêle et délicate, adonné aux boissons spiritueuses, est pris un jour, sans cause connue, de frissons et d'une forte douleur de tête. Il reste pendant plusieurs jours dans un état incertain de santé et de maladie; des mouvements convulsifs épileptiformes étant survenus inopinément, il entre à l'hôpital. Il était très maigre; il avait la face pâle, les yeux comme égarés; il se plaignait peu de céphalalgie; il n'avait pas de fièvre, mais deux fois par jour il perdait connaissance, et alors: céphalalgie plus intense avant et après l'attaque; légers mouvements convulsifs des muscles de la face; convulsions générales de tous les membres; roideur tétanique des muscles du cou; salive épaisse, rougeâtre, remplissant la bouche. Le musc et les autres antispasmodiques n'apportent aucun soulagement à ces accidents qui persistent au même degré pendant huit à dix jours, et toujours aux mêmes heures; ils augmentent ensuite d'intensité, se prolongent tellement qu'ils ne laissent plus entre eux d'intervalle. Les mouvements convulsifs sont continuels jusqu'à l'instant de la mort qui arrive vingt-cinq jours après l'invasion de la maladie, et six jours après que les symptômes eurent cessé de présenter des intermittences complètes.

Ouverture du cadavre. — Rougeur très intense de toute l'étendue de l'arachnoïde; quantité médiocre de sérosité dans les ventricules latéraux; rougeur très vive de la muqueuse de tous les intestins qui sont invaginés en plusieurs points; engorgement des glandes mésentériques; état sain de tous les autres viscères. (*Id., ibid.*)

Méningite intermittente quotidienne. (Fièvre pernicieuse délirante.)

N° 157. M. P***, âgé de trente-six ans, d'un tempérament sanguin, d'une

forte constitution, travaillant dans un comptoir, ayant eu un abcès à l'une des fesses, était depuis un mois indisposé ; il éprouvait des maux de tête. Le 16 mars, ce malaise augmente ; le 17, un frisson vif et prolongé annonce l'invasion d'un accès de fièvre. Le 18, un accès pareil a lieu ; durant l'un et l'autre, la céphalalgie est très intense, mais il n'y a ni délire ni autre symptôme grave. L'apyrexie succède à ces accès. Le 19, vers midi, la fièvre revient comme les jours précédents, mais elle est accompagnée d'agitation nerveuse et de délire. Une consultation est provoquée. M. Gintrac et un autre médecin sont appelés ; ils se réunissent à neuf heures du soir. Le malade reconnaît les personnes placées près de lui. Il parle, mais avec une sorte d'embarras. Il fixe difficilement les objets, se lève souvent sur son séant, et cherche à sortir du lit. Les pupilles sont un peu resserrées ; les paupières supérieures sont comme appesanties. Une douleur très vive occupe le devant de la tête, l'occiput et la nuque. Le pouls est très concentré et fréquent, la face pâle ; un peu de sueur couvre le front, ainsi que diverses autres parties du cercle supérieur ; il y a peu de chaleur. La langue est dans l'état normal, l'épigastre peu sensible à la pression ; les autres fonctions n'offrent rien de remarquable.

Dans la consultation, M. Gintrac, vu l'irritation cérébrale évidente et son type intermittent, propose 1° une saignée du pied à faire immédiatement ; 2° l'application d'un nombre de sangsues relatif à l'état du pouls après la saignée, soit à l'épigastre, soit au cou ; 3° des vésicatoires aux jambes ; 4° des lavements avec le quinquina ; 5° le sulfate de quinine dès la diminution de l'accès. Les deux autres consultants n'admettent que les vésicatoires et l'emploi du quinquina. En conséquence, une once de ce médicament est donnée dans la nuit ; l'accès décline et l'état du malade devient satisfaisant. Le 20, à dix heures du matin, un nouveau frisson signale l'invasion d'un accès des plus intenses. Délire, agitation excessive ; paroles entrecoupées, inintelligibles ; pouls concentré, dur, fréquent ; face pâle, yeux à demi fermés, etc. Les consultants se réunissent à midi ; ceux qui la veille avaient rejeté les émissions sanguines insistent sur leur emploi ; une saignée est faite au pied ; plus tard des sangsues sont appliquées ; mais à six heures du soir le malade expire.

L'examen cadavérique est fait le 22, à sept heures du matin. Toute la surface du corps est couverte de larges ecchymoses. La dure-mère est en plusieurs points très adhérente aux os du crâne. Le feuillet séreux qui la tapisse est sain. Vers les fosses temporale et occipitale, entre la dure-mère et les os, on voit de larges infiltrations sanguines. La lame arachnoïdienne qui recouvre la partie supérieure et la face interne des hémisphères cérébraux est intimement unie et confondue avec la dure-mère. Ces deux membranes ayant une et deux lignes d'épaisseur, ont une teinte jaunâtre, due à l'infiltration et à la concrétion dans leur propre tissu d'une couche de matière purulente. L'arachnoïde de la face inférieure du cerveau est épaisse et opaque. La substance cérébrale est saine, mais un peu injectée. Les ventricules contiennent un peu de sérosité purulente. Les poumons sont engorgés, mais sans autre altération. Le cœur présente dans ses parois une teinte rougeâtre uniforme, principalement du côté droit. L'estomac est sain. Les intestins offrent, ainsi que la plupart des viscères abdominaux, une teinte d'un rouge brunâtre, assez uniformément répandue. Du reste, ils sont dans l'état normal. (Gintrac, *Société roy. de méd. de Bordeaux*. 1824.)

Méningite, type quotidien. (Fièvre pernicieuse comateuse.)

N° 158. Benoit Simonelli, âgé de trente ans, d'une forte constitution, avait depuis quelque temps une fièvre d'accès ; il vint à l'hôpital le 2 juillet 1822,

et fut placé au n° 76. Le 3, il eut un léger accès de fièvre; après cet accès, il prit deux onces de quinquina. Le 4, vers midi, il se promenait dans la salle, se sentait très bien et riait avec les autres malades. Tout-à-coup, il fut pris d'un violent frisson, auquel succéda une fièvre très forte, pendant laquelle il y eut contraction et flexion des avant-bras sur les bras et coma profond; il mourut six heures après l'arrivée de cet accès.

Ouverture le lendemain à deux heures. — Injection extrêmement vive de toute l'arachnoïde, couleur beaucoup plus foncée de la substance grise du cerveau, qui tirait sur le gris rose obscur; un peu d'eau dans les ventricules. Point de fausse membrane sur l'arachnoïde. Forte inflammation de l'estomac, surtout vers son grand cul-de-sac, qui était partout d'un rouge foncé, et d'une manière continue. Beaucoup de vers dans les intestins grêles, qui présentaient aussi des portions enflammées, surtout là où se trouvaient des pelotons d'ascarides. (Bailly, *Traité anatom. path. des fièvres interm.*)

Autre méningite quotidienne. (Fièvre pernicieuse comateuse.)

N° 159. Pierre Donati, âgé de vingt-huit ans, d'une bonne constitution, fut apporté à l'hôpital du Saint-Esprit, le 2 août 1822, et placé au n° 12. Vers une heure et demie après midi, il fut pris d'un violent accès de fièvre, qui commença par un froid excessif suivi d'une vive chaleur et de stupeur. Il était couché sur le dos, avait les yeux à demi ouverts, se réveillait quand on lui parlait, et retombait de suite dans le coma. Le pouls était fréquent et fort, la peau brûlante. La nuit, il survint une sueur abondante qui se manifesta par grosses gouttes sur le cou, la tête et tout le corps. Les facultés intellectuelles revinrent, et le matin il fut en état de répondre sur sa santé. Il prit plusieurs onces de quinquina. Le 3, la fièvre revint à midi et demi, débuta par un froid très violent, suivi de chaleur, de stupeur plus profonde; mais cependant il se réveillait toujours, quand on l'appelait il ouvrait les yeux. Les avant-bras étaient fléchis sur les bras; on ne pouvait les étendre. La mâchoire inférieure était fortement serrée contre la supérieure, et empêcha de voir l'état de la langue. Peau d'une sensibilité obtuse, décubitus sur le dos; ventre indolent sous la pression. A deux heures et demie après midi, sueur générale, mais non aussi abondante que la première. Le soir, retour du sentiment et de l'intelligence, cessation des contractions des bras, mais idées moins claires. Autre dose de kina. Le 4, troisième jour de son arrivée, le matin à sept heures et demie, pouls fréquent, stupidité, air d'ivresse. A onze heures, retour du froid, qui fut moins intense et plus court; fièvre plus violente, et stupeur plus profonde; coma, retour de la rigidité des membres, soubresauts des tendons; toujours décubitus sur le dos, pouls plein et fort. A trois heures et demie après midi, sueur, mais moins copieuse. Après la sueur impossibilité de répondre et de reconnaître son état, cessation des contractions. Le 5 août, à neuf heures du matin, nouvel accès de fièvre, froid plus court, chaleur plus vive. Contraction des avant-bras, coma, respiration gênée, râle. Mort à dix heures du soir.

Ouverture, douze heures après. — Vive inflammation de toute l'arachnoïde; sérosité entre les circonvolutions, engorgement des vaisseaux qui rampent sur elles; injection des vaisseaux de la lyre dans les ventricules. Le cerveau étant enlevé, il s'écoule de la cavité du crâne une demi-livre de sang; quelques points d'une couleur rosée dans l'estomac et les intestins; foie gorgé de sang; rate volumineuse et facile à déchirer; rien dans la poitrine. (*Id. ibid.*)

Arachnitite rémittente tierce. (Fièvre pernicieuse comateuse.)

N° 160. Joseph Soavini, âgé de vingt-trois ans, d'une forte constitution, vint le 6 juillet à l'hôpital du Saint-Esprit, et fut placé au n° 10. Il était affecté d'un accès de fièvre pernicieuse qui dura toute la journée du 7. Le 8, intermission. Quand on lui demande la langue, il la laisse entre les dents. Il a l'air étonné, stupide ; ses yeux sont grandement ouverts. Cet état dura jusqu'au lendemain soir 9, qu'un nouvel accès revint ; la peau était chaude et sèche ; pouls plein, fort, 120. Un peu de roideur douloureuse dans les bras quand on les étend, coma profond, yeux ouverts, insensibilité, immobilité générale. Mort à six heures du soir. Il a pris plusieurs onces de quinquina.

Ouverture. — Arachnitite intense et générale ; substance grise d'une couleur beaucoup plus foncée qu'à l'ordinaire ; substance blanche, cérébrale, parsemée dans toute son étendue de points rouges extrêmement rapprochés. Engorgement des vaisseaux qui rampent sur les circonvolutions. Légère inflammation de l'estomac, intestin grêle contracté sur lui-même dans toute sa longueur, gris à l'extérieur et peu coloré à l'intérieur ; il présente cinq invaginations. Rate de six à huit livres ; elle ne semble composée que d'un sang noir, grisâtre, versé dans un réseau à filets très distincts. Injection des vaisseaux mésentériques, foie gorgé de sang qui s'échappe en abondance des vaisseaux coupés. (*Id. ibid.*)

Encéphalite quotidienne. (Fièvre pernicieuse comateuse.)

No 161. Maurer, soldat à la légion étrangère, âgé de vingt-six ans, a été deux fois à l'hôpital d'Alger, dans le courant de l'année, pour une fièvre intermittente. Sorti depuis un mois, il y rentra le 9 novembre 1832, le cinquième jour d'une fièvre quotidienne, dont les accès revenaient dans la matinée. Il était dans la période de chaleur lorsque je le vis vers deux heures après midi : l'accès était des plus simples ; il n'y avait rien du côté de la poitrine, rien du côté de l'abdomen ; rien autre chose qu'une légère céphalalgie qui disparaissait pendant l'apyrexie. Diète, limonade. Le 10 au matin, tendance au coma ; les traits sont comme voilés, les yeux fixes et grandement ouverts ; le malade comprend avec peine ; le pouls est lent et large ; la peau non fébrile ; la langue plate, nette, rosée, humide. Diète, limonade, saignée du bras de dix onces, trente sangsues aux tempes ; potion fébrifuge du codex, à défaut de sulfate de quinine. A la visite du soir, le coma était dissipé ; l'accès qui devait avoir lieu dans la matinée n'était pas venu, mais il n'était que retardé, car le 11 matin le coma était des plus profonds ; trismus, écume à la bouche, comme dans l'épilepsie. Diète, limonade, saignée du bras de vingt onces, trente sangsues sur le trajet des jugulaires ; deux vésicatoires aux cuisses, deux sinapismes aux jambes.

Vers trois heures après midi, le malade paraît comprendre ce qui se passe autour de lui ; mais il ne peut articuler aucune parole ; il nous est impossible de lui faire avaler quelques cuillerées de boisson ; il crache tous les liquides qu'on lui introduit dans la bouche. Un quart de lavement amylacé avec vingt grains de sulfate de quinine que l'on était parvenu à se procurer. Progrès du coma pendant la nuit ; mort le 12, à huit heures du matin.

Ouverture du cadavre. — Forte congestion des vaisseaux qui rampent à la surface des circonvolutions cérébrales. Arachnoïde généralement opaque, lactescente ; granulations de Pacchioni volumineuses, très multipliées. Cerveau ferme, dense : coloration foncée, tirant sur le noir, de la substance grise ; injection sablée très fine, très rapprochée de sa substance blanche. Cervelet, rien à noter. Les poumons et le cœur sont dans l'état naturel. Ramollissement, avec teinte d'un gris foncé, de la membrane mu-

queuse de l'estomac; quelques traces de rougeur pointillée très superficielle. Intestins sains. Le foie rouge, se déchirant facilement, ressemble au tissu normal de la rate. La rate, volumineuse, très fortement congestionnée, est ferme et solide. (Maillot, *Traité des fièvres intermitt.*)

Autre avec le même type. (Fièvre pernicieuse comateuse.)

N° 162. Penyr, soldat à la légion étrangère, âgé de vingt-cinq ans, entra à l'hôpital de Bone, le 23 décembre 1834, le dixième jour d'une fièvre quotidienne fort simple; il arriva dans la soirée, et je ne le vis que le 24, à la visite du matin. Il était à sa quatrième récidive depuis le commencement de l'année; néanmoins son état général était excellent, son embonpoint au moins ordinaire; il ne conservait, en un mot, aucune trace de maladie antérieure. Il n'éprouvait aucun malaise, point de faiblesse, point de douleur, point de soif, point d'anorexie; la langue était uniformément rouge et humide. Il n'y avait donc d'autre indication à remplir que celle de prévenir le retour des accès. Diète, limonade, vingt-quatre grains de sulfate de quinine en potion, à prendre de suite, en une fois. A la visite du soir, le malade est plongé dans un profond coma; le pouls est plein, large, peu accéléré; la peau sans la chaleur mordicante de la fièvre, les mâchoires sont fortement serrées l'une contre l'autre; les membres dans la résolution la plus complète; petits cris plaintifs, lorsqu'on pince fortement la peau. Saignée de la temporale de quatorze à seize onces, vingt sangsues sur le trajet des jugulaires, deux vésicatoires aux cuisses, deux sinapismes aux jambes; un quart de lavement amylacé avec soixante grains de sulfate de quinine. 25 matin, coma beaucoup moins fort que celui de la veille: trismus moins prononcé, yeux grandement ouverts, avec cette fixité spéciale aux hommes qui sortent d'un état comateux. Diète, limonade, un quart de lavement amylacé avec soixante grains de sulfate de quinine, quarante grains en potion, à prendre dans la matinée, et qu'on fait avaler au malade, en lui pinçant le nez, et en plaçant une cuillère entre les arcades dentaires. Dans l'après-midi, l'amélioration observée le matin a continué à faire quelques progrès. Penyr paraît avoir la conscience de ce qui se passe autour de lui, mais il ne peut articuler aucune parole; il a eu plusieurs selles dans la journée. Quarante-huit grains de sulfate de quinine en potion, à prendre pendant la nuit, deux sinapismes aux bras, vésicatoire à la nuque. 26 matin, tous les accidents ont empiré, le coma est plus profond que jamais, le pouls est devenu petit, accéléré, fuyant sous le doigt. C'est sans espoir que je prescris encore à haute dose le sulfate de quinine associé à l'éther, car le malade est à l'agonie; il meurt à onze heures du matin.

Ouverture du cadavre, quatre heures après la mort.— Sinus et vaisseaux qui rampent à la surface du cerveau gorgés de sang. Pulpe cérébrale dense et résistante: la substance grise a une couleur très foncée; la substance blanche est tellement congestionnée, que si, après l'avoir divisée, on la comprime légèrement, le sang en sort comme en nappe; il en est de même du cervelet. Sérosité sanguinolente dans les ventricules. Injection assez forte des membranes, moindre cependant que celle de la matière nerveuse. La substance grise de la moelle est beaucoup plus injectée que la blanche. Je n'ai jamais rencontré une injection de la moelle aussi bien dessinée que chez ce sujet. Cette injection existe dans toute l'étendue de la moelle, à des degrés divers, depuis les nuances les plus faibles, jusqu'à un ramollissement rouge de dix lignes environ, au niveau des premières vertèbres dorsales. Poumons parfaitement sains, sans adhérences. Cœur dans l'état naturel, tissu ferme et coloré. Ramollissement général avec teinte grise de la membrane muqueuse de l'estomac; injection pointillée, d'un rouge vif, du grand cul-de-sac.

Ramollissement grisâtre, sans injection, d'une grande partie de l'intestin grêle : au voisinage de la valvule iléo-cœcale, développement anormal d'un grand nombre de follicules isolés, sans rougeur environnante, sans cercle inflammatoire. Les gros intestins sont sains. La rate, beaucoup plus volumineuse que de coutume, est ramollie, couleur de lie de vin ; rien de remarquable dans le foie. (*Id. ibid.*)

Autre encéphalite quotidienne. (Fièvre pernicieuse comateuse.)

No 163. Un soldat de la légion étrangère, ayant eu une fièvre intermittente dans le courant de l'année, entra à l'hôpital d'Alger, dans les premiers jours de novembre 1832, pendant le cinquième accès d'une fièvre quotidienne avec irritation gastro-céphalique, annoncée par une légère céphalalgie, de la soif, et l'acération de la langue. Diète, limonade, saignée du bras de vingt onces, trente sangsues à l'épigastre.

Le lendemain matin, apyrexie. Diète, limonade, seize grains de sulfate de quinine. A la visite du soir, coma, résolution des membres, grincement des dents. Quarante sangsues sur le trajet des jugulaires, trente grains de sulfate de quinine à prendre pendant la nuit. Le troisième jour matin, coma en grande partie dissipé ; le malade ne parle pas, mais il paraît comprendre. Diète, limonade, trente grains de sulfate de quinine. Vers midi, augmentation du coma qui devient de plus en plus profond. Mort à dix heures du soir.

Ouverture du cadavre. — Les vaisseaux de la périphérie de l'encéphale sont gorgés de sang. Plaque rouge de la pie-mère dans la plus grande partie de la face externe du lobe gauche. Congestion générale du cerveau : la substance grise est d'une teinte très foncée; la blanche, incisée par tranches, offre les orifices d'une multitude de petits vaisseaux sanguins excessivement rapprochés. Il en est de même du cervelet. La fermeté de toute la masse cérébrale est très grande, sa densité extrême. Moelle épinière très résistante, sans injection marquée; poumons sains, crépitants; quelques légères et anciennes adhérences. Cœur beaucoup plus volumineux que le poing du sujet, rempli de caillots sanguins; hypertrophie du ventricule gauche, avec rétrécissement de sa cavité.

Membrane muqueuse de l'estomac ramollie dans toute son étendue, avec teinte d'un gris roussâtre; son ramollissement est tel, que le grattage le plus léger du doigt l'enlève sous forme de pulpe ; aucune rougeur, aucune trace de congestion. Immédiatement au-dessous du duodénum, dans l'étendue de deux pieds environ, la membrane muqueuse est parsemée d'une foule de petits follicules qui font une saillie de la grosseur d'une tête d'épingle ; dans l'intervalle qui les sépare, la membrane, sans rougeur, sans ramollissement, paraît tout-à-fait saine : le même genre d'altération reparaît à dix-huit pouces environ au-dessus de la valvule iléo-cœcale. Il y a six à huit invaginations, sans coloration anormale des parties invaginées. Le gros intestin n'offre rien à noter; le foie se déchire facilement, et la rate, volumineuse, ramollie, a l'aspect lie-de-vin. (*Id. ibid.*)

Apoplexie intermittente tierce. (Febris intermittens apoplexiam simulans.)

No 164. Je fus appelé en 1580 pour voir un enfant, âgé de douze ans, que je trouvai plongé dans une grande insensibilité; il ronflait, et présentait tous les autres symptômes d'une violente apoplexie. Pour tirer cet enfant du profond sommeil où je le trouvai plongé, je prescrivis une saignée à la jugulaire, une ventouse scarifiée entre les épaules, un lavement irritant, une potion purgative, plusieurs vésicatoires, enfin l'emploi des poudres ster-

nutatoires, et de tous les remèdes évacuants et stimulants possibles. Le jour suivant, à ma grande surprise, je trouvai le petit malade non seulement réveillé, mais sans la moindre faiblesse, se tenant debout dans son lit, et jouant avec ses camarades; enfin il était entièrement délivré de sa maladie, et demandait à manger. Mais le lendemain, à peu près à la même heure, je vis cet enfant plongé de nouveau dans un accès d'apoplexie absolument semblable au précédent, et j'eus recours aux mêmes moyens. Ayant vu la même chose se répéter deux fois, je n'hésitai plus à reconnaître une fièvre intermittente *cachée sous le masque* d'une apoplexie; c'est pourquoi, suivant l'avis de mon collègue Daniel Cox, qui avait été appelé en consultation avec moi, je prescrivis l'usage du quinquina durant l'intervalle des accès, afin d'en prévenir de nouveaux. Après l'administration de ce médicament, l'apoplexie n'a point reparu; mais, après la première semaine, il se manifesta quelques accès de fièvre intermittente, d'abord tierce, puis quotidienne, dont le jeune malade ne tarda point à être délivré entièrement par l'usage répété du quinquina. (Morton, *Opera omnia, hist.* 25.)

Huxham a également observé un exemple d'apoplexie intermittente tierce, chez un sujet qui mourut à la quatrième attaque. (De Haen, *De febr. divis.*, p. 229.)

Frénésie intermittente double-tierce.

No 165. Vandermonde rapporte qu'un homme fut attaqué, en automne 1707, d'une fièvre double tierce telle, que le malade entrait en frénésie à chaque redoublement. Dans les trois premiers jours, il fut saigné cinq fois du bras, et une fois du pied; on lui fit faire usage de bouillons altérants, incisifs, de tisanes et de lavements.

Le quatrième et le sixième jour on le purgea avec la casse, la manne et trois grains de tartre stibié, en deux verres; mais le tout sans que les accès de frénésie diminuassent. Ce qui détermina à lui faire prendre le quinquina en bols, mêlé avec des purgatifs. Il n'en eut pas pris trois ou quatre fois, que ces accès diminuèrent considérablement; il ne sentait presque plus qu'un simple frémissement lorsque l'accès le prenait. Enfin, au bout de quatre à cinq jours, il en fut entièrement délivré. Cependant, pour prévenir les rechutes fréquentes, surtout dans cette saison, il continua le quinquina pendant quelque temps. (*Journal de méd.*, année 1763, t. XVIII.)

Apoplexie intermittente tierce. (Fièvre pernicieuse apoplectique.)

No 166. Un soldat tombe sans connaissance étant de faction, et reste dans cet état avec la respiration embarrassée et le pouls petit et fréquent. Une saignée de vingt onces est aussitôt pratiquée et amène un soulagement notable. Le malade recouvre la connaissance, et une sueur générale et abondante termine cette espèce d'accès. On apprend alors de lui que, depuis quelques jours, il avait tous les deux jours un accès de fièvre caractérisé surtout par un grand mal de tête. Dès-lors, le diagnostic était assuré, vingt grains de sulfate de quinine sont prescrits, et arrêtent le développement de l'accès qui devait suivre. (Gouzée, médecin de l'hôpital militaire d'Anvers. *Gazette méd. de Paris,* 1834.)

Encéphalite et arachnitite cérébro-spinale avec le type tierce.

No 167. Lecoq Marguerite, âgée de vingt-cinq ans, d'une constitution forte et vigoureuse, entra à l'Hôtel-Dieu, dans les salles de M. Récamier, le 12 octobre 1816, pour quelques symptômes gastriques, parmi lesquels prédominait une céphalalgie très intense.

Huit jours après son entrée à l'hôpital, elle fut prise d'un accès de fièvre bien caractérisé, avec frisson, vomissements spontanés très abondants, suivis d'une chaleur très vive, et accompagnés d'une forte douleur occupant l'occiput et les côtés du cou. Le soir, tous ces accidents cessèrent, l'apyrexie fut complète. Jusqu'au neuvième jour, à dater de la première invasion de l'accès, ils se renouvellent exactement tous les deux jours avec les mêmes symptômes, laissant entre eux un jour d'apyrexie complète; la céphalalgie est le symptôme dominant de chaque accès; on la fait cesser chaque fois comme par enchantement, par une application de sangsues au cou. Dans un moment d'apyrexie on fait prendre sept gros de poudre de quinquina qui est rejetée aussitôt par le vomissement; le cinquième accès fut soulagé par un bain à 22° avec affusions froides. L'accès du neuvième jour vient avec l'appareil de symptômes ordinaires, et de plus avec des douleurs extrêmement vives dans les membres abdominaux. Jusqu'au dix-huitième jour, même appareil de symptômes qui suivent régulièrement la même marche; la rougeur de la face, l'assoupissement, la dureté du pouls, et d'autres symptômes de pléthore qui se renouvellent à chaque accès, et qui indiquent le besoin de la saignée, la font réitérer trois fois, avec un soulagement marqué à chaque fois qu'elle est faite. Du dix-huitième au vingt-quatrième jour, même type dans les accès. On donne d'abord un vomitif qui procure une forte épigastralgie qui ne cède qu'à une application de douze sangsues sur le lieu douloureux; plusieurs lavements fortement chargés de quinquina sont administrés sans succès. Les dents, la langue et les lèvres se sèchent; le pouls diminue de force et de fréquence. Le vingt-quatrième jour, il y eut pendant tout l'accès un délire bien caractérisé; à dater de ce jour, les accès se rapprochèrent tellement qu'il n'y eut plus entre eux d'intervalles; la fièvre devint continue avec des exacerbations fréquentes. Pendant tout ce temps les yeux furent égarés, les facultés intellectuelles ne s'exercèrent qu'avec une excessive lenteur; la malade resta plongée dans un état continuel d'assoupissement; on l'en retirait cependant avec facilité; elle se plaignait alors d'une douleur très vive dans les bras et les jambes, et d'une céphalalgie atroce, siégeant principalement dans les fosses temporales. Jusqu'au vingt-neuvième jour, l'assoupissement augmenta peu à peu; les lavements de quinquina furent continués et ne firent qu'aggraver les accidents. Ce même jour les facultés intellectuelles se perdirent entièrement; l'assoupissement se convertit en coma; la prostration devint extrême; les yeux tournés en haut et à moitié couverts par les paupières, furent affectés d'un double strabisme, et la mort arriva le trentième jour au matin.

Ouverture du cadavre.— L'arachnoïde qui tapisse la protubérance annulaire, le cervelet et la moelle allongée, était opaque et très épaissie; entre elle et la pie-mère existait une quantité assez considérable de pus; cet épanchement purulent et l'altération de l'arachnoïde existaient au même degré, sur toute l'étendue de la moelle rachidienne. Les circonvolutions cérébrales étaient aplaties; beaucoup de sérosité distendait les ventricules latéraux qui contenaient à leur partie la plus déclive une grande quantité de pus verdâtre et homogène; le quatrième ventricule en était rempli; l'arachnoïde qui les tapisse était opaque et épaissie. (Deslandes. *Dissert. médic.*)

Méningite intermittente tierce.

N° 168. Je fus appelé, dans le courant du mois dernier, à donner mes soins à un enfant d'un an qui était au douzième jour d'une maladie consistant dans une inflammation gastro-intestinale, une bronchite et des phénomènes cérébraux. Le médecin qui l'avait soigné lui avait plusieurs fois appliqué des sangsues : il avait été en outre soumis à l'usage des boissons délayantes; plusieurs

fois on lui avait appliqué des cataplasmes sinapisés aux membres inférieurs. A ma visite, l'enfant était pâle ; les bras et les jambes étaient en résolution; le pouls ne se sentait presque pas ; la pupille était largement dilatée ; les yeux agités de mouvements convulsifs de haut en bas ; souvent les cornées disparaissaient sous la paupière supérieure. Un vésicatoire à chaque mollet, un autre à la nuque, un grain de calomel toutes les quatre heures. Le lendemain, il y a une amélioration notable qui se prolonge pendant la plus grande portion de la journée. Le soir, les mêmes phénomènes se reproduisent avec la même intensité. Informé qu'ils s'étaient présentés à la même heure que la veille, je fis appliquer le lendemain sur chacun des vésicatoires des jambes trois grains de sulfate de quinine. L'accès manqua. Le sulfate de quinine fut continué pendant quatre jours. L'enfant jouit depuis ce temps d'une fort bonne santé. (Lemoine, *Revue méd. franç.*, 1835.)

Méningo-encéphalite avec des exacerbations périodiques. (Fièvre intermittente pernicieuse.)

No 169. J.-B, Astre, âgé de dix-sept ans, est admis, le 13 novembre 1818, à l'hôpital des Enfants malades (département de M. Jadelot). Il se plaignait depuis un an de fréquents maux de tête ; l'ouïe était dure, surtout à gauche ; il avait eu, un mois avant son entrée à l'hôpital, un écoulement par le conduit auditif externe du même côté, et les maux de tête étaient devenus plus forts. Vingt jours plus tard, il éprouva une céphalalgie violente, pulsative, des étourdissements, une roideur douloureuse à la partie gauche de l'occiput, avec difficulté de mouvoir le cou et avec tumeur, une fièvre forte, des lassitudes générales et des nausées ; tous ces symptômes allérent en augmentant jusqu'à la mort qui arriva neuf jours après son entrée ; ils présentèrent dans leur cours des redoublements réguliers ou des paroxysmes fébriles qui avaient tous les dehors d'une fièvre intermittente pernicieuse ; on en calma les accès par l'administration du quinquina.

A l'autopsie on trouva que la dure-mère était décollée dans les fosses temporales et occipitales gauches ; elle était épaissie surtout dans la portion correspondante au rocher où elle était ulcérée, fongueuse et couverte de végétations brunâtres, surtout à la face externe. Le rocher était carié et baigné d'une sanie brunâtre, extrêmement fétide et mêlée de débris d'os. La suture qui unit la partie postérieure de la paroi mastoïdienne du temporal à l'occipital était détruite, et donnait passage à la sanie. Toute la partie de la base du cerveau qui reposait sur le lieu du décollement de la dure-mère était couleur de feuille morte, et comme en putrilage dans l'épaisseur de deux lignes environ. (Létu, *Des fièvres intermittentes et rémittentes.*)

Encéphalite avec exacerbations en tierce.

No 170. Dans le mois d'août 1821, je fus appelé auprès du sieur M***, employé à la manufacture de draps et y résidant depuis un an. Cet homme, âgé de quarante-cinq ans, d'un tempérament sec et irritable, était atteint depuis douze jours d'une fièvre rémittente tierce dont les symptômes étaient les suivants : léger frisson dans le milieu du jour, avec brisement des membres ; puis chaleur générale, douleur épigastrique, céphalalgie temporale droite devenue peu à peu atroce ; soif, langue rouge, lancéolée, humide, sans mauvais goût ; rougeur de la face ; pouls dur et fréquent. Les accès étaient très longs, sans moiteur au déclin, et il n'y avait que rémission pendant laquelle, quoique la douleur temporale fût constante, elle était cependant supportable.

Le neuvième jour, le médecin ordinaire, dans l'intention de combattre cette céphalalgie, le plus désolant de tous les phénomènes, fait appliquer un vésicatoire à la nuque. Aussitôt que l'action des cantharides commence à se

faire sentir, la douleur temporale augmente, la face devient plus rouge, le malade tombe dans l'assoupissement, avec mouvement machinal et tremblotant de la main droite, qui se porte à la tempe du même côté. La fièvre passe au type continu. Le médecin avait d'abord pensé que ces symptômes annonçaient un accès pernicieux, et il attendait en conséquence son déclin pour administrer le fébrifuge Aucune rémission ne survenant, je fus mandé. Convaincu maintenant qu'il existait depuis quelque temps une phlegmasie cérébrale, jointe à des retours périodiques d'irritation, et que le vésicatoire, en l'aggravant rapidement, l'avait portée au point de provoquer une fièvre qui n'était plus susceptible de rémission, nous pensâmes qu'il était urgent de combattre directement la phlogose du cerveau. Douze sangsues furent appliquées sur la tempe même, et des sinapismes aux pieds. Lorsque le sang eut coulé pendant quelques heures, le malade reprit connaissance et se plaignit moins de la tête. Pouls moins fréquent, toujours dur; un peu de moiteur. Troisième jour, frisson avec retour de la céphalalgie, mais sans perte de connaissance. Huit sangsues à la nuque. Quatorzième jour, apyrexie presque complète. Des accès tierces légers, simples, complétement intermittents, s'établissent et sont promptement enlevés par le sulfate de quinine. Depuis cette maladie, M*** s'est plaint d'une douleur orbito-frontale habituelle, qui peut-être a été entretenue par la chaleur des fourneaux, à laquelle sa profession l'expose journellement.

Dans l'automne de 1823, il a été atteint d'une fièvre quotidienne qui a récidivé plusieurs fois sous tous les types et à toutes les heures. La céphalalgie a toujours été le symptôme prédominant, et la douleur épigastrique en second ordre. (Nepple, *Essai sur les fièvres rémittentes et intermittentes des pays marécageux tempérés*, 1828.)

Meningo-encéphalite, type tierce.

N° 171. Boily (Adolphe), boucher de l'armée, âgé de trente ans, habitué à faire des excès de boisson, mais ayant une bonne constitution, demeurait dans une baraque sur le chemin de Navarin. Il se présenta pour entrer à l'hôpital de Modon le 3 août. Le hasard fit que ce jour-là il n'y avait pas de place vacante, parce qu'on blanchissait la salle de l'hôpital qui avait été occupée jusqu'alors, et que la nouvelle salle qui avait été mise à notre disposition était déjà remplie ; mais comme cet homme se plaignait beaucoup de la tête et que le pouls comportait la saignée, le chirurgien de garde lui tira une livre de sang. Il se sentit tellement bien après cette saignée, que, malgré la défense qu'on lui en fit, il parut disposé à aller au cabaret avec des amis ; c'était l'après-midi. Il passa la nuit chez des gendarmes français qu'il connaissait à Modon.

Le lendemain, 4 août, ces gendarmes l'apportèrent à l'hôpital sans connaissance et sans parole, mais sans aucun signe d'ivresse. Il avait les yeux grandement ouverts et fixes; le pouls était fréquent et assez fort sans être très développé. A la visite du soir, je lui prescrivis de la limonade gommeuse et une saignée du bras de douze onces au moins. Il se trouva bien la nuit. Le lendemain matin, à la visite, il avait recouvré la parole, mais la face était pâle et défaite ; il n'avait plus qu'un peu de mal de tête ; il ne se souvenait de rien, pas même d'avoir été porté à l'hôpital ; il parlait bien ; la langue était humide, le pouls sans développement, mais sans fréquence remarquable.

Un mieux aussi marqué, après un coma-vigil aussi grave, me fit penser à une fièvre intermittente pernicieuse. Je tins le malade à la diète, lui prescrivis la limonade gommeuse pour boisson, et dix grains de sulfate de quinine en potion à prendre avant dix heures du matin, en trois fois. Je ne lui

en donnai pas une plus forte dose, parce que cet homme devait avoir l'estomac irrité, et que je craignais de trop agir sur cet organe avec un pareil médicament. Il prit ce remède. A trois heures de l'après-midi (à la visite du soir) je le trouvai très mal : la face exprimait un danger imminent; elle était terreuse. Il éprouvait un malaise des plus insupportables, avait de la peine à parler, à respirer, comme s'il eût été menacé de suffocation par un poids placé vers l'épigastre. Il n'avait pas perdu connaissance, mais il avait de la peine à répondre; le pouls était fréquent et petit, les pieds froids; il avait fait dans son lit. Ce que j'avais voulu prévenir était arrivé : il était dans un accès de fièvre pernicieuse. Le soir, à neuf heures, la tête s'embarrassa davantage; il ne parla plus et mourut vers dix heures.

Autopsie. Les membranes du cerveau étaient généralement injectées et rouges sur l'hémisphère droit; le cerveau était généralement mou et d'une couleur grise cendrée à l'extérieur, ainsi que le cervelet. Les poumons n'offrirent rien de remarquable, ni le cœur; l'estomac était dans tout son intérieur d'une ancienne couleur livide, uniforme, qui indiquait un état habituel d'excitation de cet organe par l'intempérance; la rate avait le double de son volume naturel, était engorgée et friable. Nous n'examinâmes pas le duodénum. L'intérieur des autres intestins offrit peu d'apparence de phlogose; tous les intestins étaient à l'extérieur, dans leur ensemble, d'une couleur grise cendrée, analogue à celle dont j'ai parlé à propos des circonvolutions cérébrales. (Raymond Faure, *Des fièvres intermittentes et continues*, 1833.)

Apoplexie intermittente, type tierce. (Fièvre pernicieuse apoplectique.)

N° 172. M. P***, propriétaire des environs de Duras, âgé de soixante-quatre ans, d'un tempérament sanguin, d'un caractère très irascible, fut atteint, à la fin de juillet 1818, d'une fièvre tierce qui céda promptement au quinquina. Le 12 août suivant, dans la matinée, il ressentit tout-à-coup des frissons, des envies de vomir et une grande pesanteur de tête. A midi, il tomba dans un assoupissement profond; lorsqu'on le secouait, il ouvrait les yeux et les refermait aussitôt; il essayait également quelquefois de répondre aux questions qu'on lui faisait, mais il ne pouvait pas articuler une parole. Dès que je fus rendu auprès de lui, j'ouvris l'une des veines saphènes; ce vaisseau n'ayant presque pas fourni de sang, je pratiquai une saignée du bras très abondante; des sinapismes furent mis ensuite autour des malléoles, et l'on donna pour boisson une décoction d'orge et de chiendent. Dans le courant de la nuit, l'assoupissement se dissipa. Le malade était si bien le lendemain qu'il ne se plaignait que d'un peu de propension au sommeil : un changement aussi subit pouvait être à la rigueur un effet de la saignée et des sinapismes; mais comme M. P*** avait déjà eu une fièvre intermittente, et que l'état soporeux dans lequel je l'avais trouvé la veille s'était développé dans la semaine paroxystique, je pensai que cet état se reproduirait très prochainement. Il me parut prudent en conséquence de prescrire quatre gros de quinquina à prendre sur-le-champ par des doses décroissantes, de deux heures en deux heures.

L'événement ne tarda pas à confirmer mes prévisions, car, malgré l'emploi de l'écorce péruvienne, une congestion cérébrale de même nature que la précédente se manifesta le 14, à dix heures du matin. J'eus recours de nouveau à la saignée, aux sinapismes, aux boissons délayantes, et j'ordonnai pour l'époque de l'apyrexie six gros de quinquina. Le coma cessa au bout de dix ou douze heures; mais le malade ne fit pas usage du quinquina que je lui avais prescrit, d'abord parce que ce médicament coûtait cher et qu'il n'avait pas prévenu le dernier accès, en second lieu parce qu'un de ses voisins, qui

se mêlait de médecine, l'assurait qu'il possédait un remède plus efficace et surtout moins dispendieux. Malheureusement pour lui, il se laissa aller aux insinuations de cet homme, et l'affection carotique, dont il était si important d'empêcher le retour, prit cette fois tous les caractères d'une apoplexie foudroyante. La mort eut lieu le 16, vers sept heures du soir.

Une terminaison si fâcheuse et à laquelle les assistants étaient loin de s'attendre, ayant excité beaucoup de rumeur parmi les parents et les amis du défunt, une plainte fut portée au juge-de-paix du lieu, qui m'invita à procéder sans délai à l'ouverture du cadavre, afin de constater si le remède qu'on avait substitué au quinquina avait été la cause de la mort. L'estomac et les intestins ne présentaient que des traces légères d'irritation ; le reste des viscères abdominaux et ceux de la poitrine étaient sains; le cerveau, au contraire, offrait les désordres les plus graves; les vaisseaux qui se distribuaient à cet organe et à la pie-mère étaient gorgés de sang; il s'était fait en outre un épanchement considérable de ce fluide dans l'épaisseur de l'hémisphère droit. On présume bien que j'écartai de mon rapport toute idée d'empoisonnement; mais je me crus en droit d'avancer que le quinquina aurait probablement supprimé (ou plutôt prévenu) l'accès qui avait mis fin aux jours de M. P***. (Bonnet. *Traité des fièvres intermitt.*, 1835.)

Arachnitite intermittente tierce.

N° 173. Un artilleur, homme fort et robuste, n'ayant point encore été malade depuis un an de séjour à Alger, fut surpris par des Bédouins aux environs de la Ferme; délivré par ses camarades, accourus à ses cris, au moment où on se disposait à lui trancher la tête, il s'évanouit aussitôt, revint à lui quelques instants après, et alla à Alger pendant le milieu de la journée. Le soir, il éprouva une grande céphalalgie, fut très agité pendant la nuit, et le lendemain, vers dix heures, tomba dans un délire furieux, voyant partout des Bédouins, et croyant à tout moment être exécuté par eux; peu après, il remerciait ses camarades de l'avoir sauvé; puis voulant prendre son sabre, il sortait de son lit et voulait se défendre. On l'attacha, et l'aide-major de service le fit transporter à l'hôpital, où il arriva à deux heures. Une heure après, visité par le médecin, il paraissait tranquille, abattu; son pouls cependant était fréquent, mais peu développé. Conservant la mémoire de ce qui s'était passé pendant l'accès, quand on l'interrogeait, il avait honte de la peur qu'il avait éprouvée, disait aller bien et voulait partir. Limonade, saignée de seize onces; potion avec sulfate de quinine un gramme, à prendre en trois fois d'heure en heure, à partir de dix heures du soir; diète absolue. Nuit tranquille, un peu de sommeil, légère céphalalgie. Le lendemain, on lui ordonne une potion de sulfate de quinine d'un gramme, à prendre en trois fois avant neuf heures; mais à dix heures, frisson d'abord, puis le pouls s'élève; tremblements convulsifs; la face devient rouge, les yeux brillants; le délire se déclare avec intensité. Mêmes hallucinations que la veille; il croit encore voir et entendre les Bédouins, appelle à son secours, veut sortir de son lit, menace les infirmiers. On est obligé de lui mettre la camisole de force; peu à peu la parole s'embarrasse; cependant il se débat violemment, on ne peut lui rien faire prendre. Enfin, à onze heures et demie, il tombe dans une grande prostration; le pouls devient insensible, et il meurt preque subitement et sans agonie.

Autopsie. — Corps grand, bien musclé, gras. Les organes de l'abdomen ne présentent rien de bien remarquable; la rate est peu tuméfiée; l'estomac et les intestins sont dans un état ordinaire; la membrane muqueuse n'est ni épaissie ni ramollie, et elle d'une pâleur remarquable. Les poumons sont un peu engorgés. Le crâne ouvert, les sinus laissent écouler en abondance un

sang noir et liquide; l'arachnoïde est injectée d'une manière remarquable; du sang mêlé de pus existe entre elle et le cerveau. La substance de ce dernier, coupée par tranches, laisse suinter des gouttelettes de sang; les ventricules n'offrent que le liquide ordinaire. (Melcion, *Essai sur les fièvres intermitt. pernic.* 1835.)

Arachnoïdo-encéphalite, type tierce.

N° 174. Un maçon, âgé de quarante-six ans, fort et bien constitué, habitant Paris depuis long-temps, fut pris un jour, au milieu de son travail, d'un malaise considérable, accompagné de frissons, de tremblements, et suivi d'une céphalalgie frontale extrêmement intense; ce frisson dura deux heures, la chaleur lui succéda. Ce ne fut qu'après plus de douze heures que le calme et la santé furent rétablis. Le lendemain, apyrexie complète. Le surlendemain, le frisson revient à la même heure que le premier jour, et s'accompagne de céphalalgie, de surdité, de mouvements convulsifs dans les lèvres, d'un demi-délire caractérisé par l'incohérence des réponses, du resserrement des pupilles, et d'un tremblement général des membres. Les derniers accidents persistent au même degré pendant le stade de la chaleur; ils disparaissent avec l'accès qui se termine à la même heure que le premier. On peut observer cinq accès aussi bien caractérisés que le second que je viens de décrire. L'apyrexie était complète dans l'intervalle d'un accès à l'autre; le malade quoique fatigué, jouissait alors de tous les signes extérieurs de la santé : on essaya de lui donner quelques prises de quinquina qui fut constamment rejeté. Le cinquième accès fut plus fort que tous les autres; ce fut au milieu de celui-ci, au moment où les symptômes cérébraux étaient au plus haut degré d'intensité, que le malade expira.

Ouverture du cadavre. — Épaississement et opacité de toute l'arachnoïde cérébrale et cérébelleuse; elle est infiltrée, ainsi que le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, d'une sérosité purulente, ce qui lui donne en plusieurs points deux lignes d'épaisseur; les ventricules sont remplis d'une sérosité grisâtre, purulente, floconneuse; le cervelet est mollasse; le cerveau, plus dense à l'extérieur que dans l'état naturel, offre, à la partie postérieure du lobe moyen droit, une espèce de foyer purulent liquide. (Parent Duch. et Martinet, *ouvrage cité.*)

Méningo-encéphalite avec le même type.

N° 175. Gribelet, âgé de soixante-six ans, ancien domestique, grand, fort, athlétique, tête volumineuse, muscles saillants, est apporté sans connaissance à l'Hôtel-Dieu, le 16 novembre 1814. Examiné aussitôt, nous trouvâmes : Carus profond, dont rien ne le pouvait faire sortir; contraction permanente des mâchoires, des membres, des parois abdominales, et de la partie postérieure du col et du tronc; en le soulevant, on l'enlève tout d'une pièce; abolition complète de la sensibilité, même sous l'influence des excitants les plus forts et les plus douloureux; les pupilles sont cependant sensibles à la lumière; face rouge et animée, yeux injectés, très mobiles et saillants; état naturel de la circulation et de la respiration. On apprit le soir qu'il était malade depuis quinze jours, qu'il était le plus souvent dans cet état, mais qu'à des intervalles assez éloignés il recouvrait la parole et toute sa connaissance, et qu'il la conservait pendant assez long-temps. Une affusion froide, prescrite par M. Récamier, fait cesser l'état comateux et tétanique; le malade recouvre la parole et est assez bien pendant une heure et demie. Mais le soir les accidents reparaissent avec une augmentation dans la rougeur de la face et la fréquence du pouls. 17 novembre, même état, avec cette différence qu'il donne des signes de sensibilité lorsqu'on le pince fortement;

l'affusion froide est réitérée, mais elle ne fait qu'aggraver la roideur tétanique des membres; il survient pour la première fois du délire. Le 18, le carus et tous les accidents qui l'accompagnent cessent pendant la nuit; le malade reste dans un état de demi-imbécillité; mais après une affusion, les idées s'éclaircissent; il répond juste aux questions qu'on lui fait, et passe la journée dans un état très satisfaisant. Le 19, la stupeur et la contraction des muscles reparaissent dans la nuit; vers le matin cependant l'abolition des facultés intellectuelles n'est pas complète, car il répond par signes aux questions qu'on lui adresse. (Nouvelle affusion.) Immédiatement après, augmentation extrême de la contraction tétanique, resserrement des pupilles, abolition complète de la sensibilité; le malade reste dans cet engourdissement pendant plusieurs heures; il en sort pour crier, vociférer et courir dans la salle; remis dans son lit, il retombe dans son premier engourdissement, et y reste plongé pendant toute la journée du 20. (Une once d'huile de ricin qu'on lui fait avaler dans le moment de la rémission ne produit aucune évacuation.) Le 21, la roideur commence par disparaître dans les bras, qui tombent comme une masse quand on les abandonne; peu à peu la connaissance revient, le malade se rappelle l'impression extrêmement désagréable que lui a fait éprouver l'affusion de la veille; les membres ne recouvrent que fort tard leur sensibilité; cet état satisfaisant se prolonge jusqu'au lendemain matin. Le 22, pendant la visite du médecin, qui le trouve bien en arrivant, nouvelle rechute; les accidents ne cessent que vers le soir; on donne alors une demi-once de quinquina; on avait fait deux affusions dans la journée. 23, le mieux qui avait paru la veille se soutient jusqu'au matin. On applique alors un vésicatoire à la nuque, on fait prendre une forte dose de quinquina. Dans le courant de la journée, le malade parle à sa femme et à ses amis; mais vers le soir, délire et agitation tels, qu'il faut l'assujettir dans son lit; ce délire cesse et fait place à la roideur et au coma habituels; deux ou trois fois dans la nuit, le malade sort de son assoupissement pour se plaindre d'une douleur très vive du côté droit. 24, trouble dans la mémoire et augmentation de la douleur de côté. 25, cette douleur, fixée au côté droit inférieur de la poitrine et supérieur du ventre, parvient en peu de temps à un degré extrême d'intensité, elle rend insupportable la moindre pression; la respiration s'accélère, le malade pousse les hauts cris et s'agite en tous sens, les traits de la face expriment l'angoisse et la souffrance. On applique inutilement sur le côté douloureux des ventouses et des cataplasmes irritants; cet état se prolonge jusqu'au 26, et le malade meurt épuisé, à ce qu'il paraît, par la violence de la douleur.

Ouverture du cadavre.— Injection de la dure-mère. Arachnoïde cérébrale d'un rouge intense et uniforme dans tous les points de son étendue. Léger épanchement sanguin dans les ventricules latéraux. La substance cérébrale est très ferme à son intérieur; on y remarque des vaisseaux gorgés de sang. Rougeur très vive de la plèvre du côté droit; elle est recouverte, soit sur sa portion costale, soit sur la pulmonaire, d'une fausse membrane mince et ténue; elle avait exhalé une quantité considérable de sérosité sanguinolente, évaluée à près d'une pinte. L'un et l'autre poumons, rouges, gorgés de sang, se déchiraient facilement. Plogose légère de tout le péritoine et de la muqueuse de tous les intestins. Le foie, d'une pesanteur spécifique très considérable, laisse couler, lorsqu'on l'incise, une grande quantité de sang noir et épais; vésicule gorgée de bile noire, rate couverte de tubercules. (*Id.*, *ibid.*)

Méningo-encéphalite sous type quarte.

N° 176. Château, âgé de dix ans, est pris d'une violente douleur au côté gauche qui est traitée par un émétique, l'application d'un vésicatoire et

d'un emplâtre de poix de Bourgogne sur le côté. Il avait été vacciné une année auparavant, et avait depuis éprouvé une maladie très grave dont on ignore la nature. Le 17 janvier 1816, jour de son entrée à l'hôpital, 15e jour depuis l'invasion de la maladie, il était, lorsqu'on l'observa, dans l'état suivant : Faiblesse très grande, pâleur de la face, dilatation des pupilles, bouche pâteuse, inappétence, soif vive, lèvres sèches, ainsi que la langue; pouls lent et faible, relativement aux mouvements du cœur, qui sont forts et fréquents; respiration libre, toux forte et fréquente, surtout la nuit; haleine fétide; son de la poitrine plus obscur à gauche qu'à droite; intégrité des facultés intellectuelles le matin, mais délire le soir, qui prend peu à peu beaucoup d'intensité et persiste toute la nuit, en s'accompagnant d'une agitation extrême. 18 janvier, renversement de la tête en arrière; elle est continuellement agitée de mouvements de rotation à droite et à gauche; roideur des membres; continuation de tous les autres symptômes. Arnica avec esprit de Mindérérus, potion camphrée, séton à la nuque. Les mêmes symptômes persistent toute la journée. 19 janvier, amélioration générale de tous les symptômes, pupilles moins dilatées, sensations moins obtuses; il entend et répond, quoique avec lenteur. Glace sur la tête, sinapismes aux pieds. Ces moyens opèrent un heureux effet; la connaissance revient complétement; le malade dort d'un sommeil calme pendant plusieurs heures. 20, le mieux se soutient pendant toute la journée; on serait tenté de regarder le malade comme convalescent; cependant le pouls reste fréquent et intermittent. 21, état satisfaisant pendant toute la journée; le soir, stupeur plus grande; dans la nuit, délire violent pendant deux heures, auquel succède un assoupissement profond. 22, stupeur extrême, trismus, convulsions des membres supérieurs et inférieurs, surtout à droite ; strabisme, agitation des yeux, contraction des pupilles; le soir, augmentation de tous ces symptômes. Vésicatoire et sinapismes. 23, tous les symptômes de la veille sont portés au plus haut degré d'intensité; dilatation extrême de la pupille droite, contraction très grande de la gauche; mort à 7 heures du soir.

Ouverture du cadavre. — Roideur générale, dure-mère légèrement rosée. Infiltration albumineuse dans l'étendue d'un pouce, au bord supérieur interne et moyen du lobe droit; épaississement et opacité de l'arachnoïde vers le carré des nerfs optiques, où il se trouve un peu de pus couenneux. Cinq onces de sérosité dans les ventricules latéraux; une petite quantité se trouve infiltrée entre l'arachnoïde et la pie-mère. Injection de la substance cérébrale. Adhérences du poumon gauche à la plèvre costale au moyen de brides très fortes; parenchyme du poumon gorgé de sang, hépatisé postérieurement. (*Id., ibid*)

Apoplexie ou congestion sanguine du cerveau sous type quarte.

N° 177. Nous avons vu, dit M. Portal, la maréchale de Nicolaï, d'une constitution faible et délicate, qui eut, à l'âge de soixante-treize ans, plusieurs espèces d'accès de somnolence avec respiration bruyante, dont le premier fut considéré et traité comme une vraie apoplexie. La malade était dans un assoupissement si profond, avec perte de sentiment et de mouvement, et la respiration si gênée et stertoreuse, que je l'eusse fait saigner du pied, si je n'eusse considéré que son pouls était faible, qu'elle était pâle, et qu'il y avait peu de chaleur à la peau. Je me bornai à lui faire mettre des sangsues au fondement, d'autant plus qu'on m'assura qu'elle avait eu des hémorroïdes. On lui mit des vésicatoires aux jambes, on lui fit boire quelques verres d'eau dans laquelle on avait fait fondre demi-once de sel de Glauber et un demi-grain de tartre stibié : il y eut des évacuations alvines; l'assoupissement cessa, le sentiment et le mouvement revinrent. On se flattait d'une guérison aussi com-

plète qu'on pouvait l'attendre chez une personne déjà avancée en âge, et qui venait d'éprouver une maladie sujette à de fréquentes récidives, lorsqu'elle eut une nouvelle affection apoplectique. Nous aimons mieux parler ainsi que de dire une attaque d'apoplexie, attendu que la respiration était moins gênée et l'assoupissement moins profond, et qu'il n'y avait pas non plus une aussi grande diminution de sentiment et de mouvement que dans le premier accès. Une troisième et quatrième de ces attaques, à peu près pareilles en intensité, eurent lieu *en manière de fièvre quarte,* ce qui fit qu'on prescrivit le quinquina à haute dose, mais inutilement : la maréchale de Nicolaï eut, malgré ce remède, plus de vingt espèces d'accès apoplectiques périodiques en manière de fièvre quarte. Deux médecins célèbres qui furent consultés avec moi, MM. Maloet et Thyeri de Bussi, voulaient que les accès que j'appelais *apoplectiques* fussent *épileptiques ;* mais comme il n'y avait dans cette maladie aucun indice de convulsion, symptôme essentiel de l'épilepsie, et qu'au contraire les muscles du tronc et des extrémités étaient dans le plus grand relâchement, je n'y ai pas reconnu cette maladie. Cependant, n'ayant trouvé aucun inconvénient dans l'usage des antispasmodiques appropriés, la valériane, le musc, le zinc, l'opium, furent prescrits, et à hautes doses, mais sans succès. La malade succomba. (*Traité de l'apoplexie.*)

Encéphalite rémittente quintane.

No 178. Un homme âgé de trente ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, avait depuis long-temps reçu sur la tête un coup de bâton si violent, qu'il en était tombé à terre; il n'avait cependant ressenti que peu de douleur. Vers le milieu du mois de juin 1704, en faisant de grands efforts pour aller à la selle, cet homme éprouva comme un sentiment de rupture dans le cerveau, et il lui resta une douleur assez intense du côté gauche du sommet de la tête. Cette douleur prit successivement plus d'intensité, et revint assez souvent, soit pendant le jour, soit pendant la nuit; elle s'exaspérait toujours quelques heures après l'ingestion d'un liquide quelconque; elle éprouvait de fréquentes et courtes exacerbations ; mais il en survenait une régulièrement tous les quatre jours qui était si longue, si violente, que le malade était rendu comme furieux, qu'il poussait des cris et éprouvait des mouvements convulsifs Cependant les fonctions digestives n'étaient nullement altérées, les urines étaient naturelles. Plusieurs médecins furent en vain consultés, et un grand nombre de remèdes, tels que les évacuants, les diaphorétiques, les altérants, les absorbants, les fébrifuges, les lavements irritants, les vésicatoires, etc., furent inutilement prescrits. Le malade succomba le 9 octobre suivant.

L'autopsie fit voir les vaisseaux sanguins du cerveau extrêmement distendus ; le cerveau lui-même très développé par une hydropisie des ventricules, surtout du gauche, qui contenait proportionnellement une bien plus grande quantité de lymphe jaunâtre que le ventricule droit. Le cervelet était à demi putréfié, et se trouvait environné et comme parsemé d'une certaine quantité de sang extravasé. (*Act. nat. curios., cent.* 3 et 4, obs. 14.)

Apoplexie intermittente octane.

No 179. Adam Limprecht a vu un exemple d'apoplexie, qui récidivait tous les huit jours régulièrement, chez un homme qui avait été auparavant très mélancolique.

L'apoplexie revenait tous les dimanches matin : vers le soir, cet homme se trouvait mieux et n'éprouvait plus rien jusqu'au dimanche suivant; mais il mourut à la troisième attaque. (*Act. nat. curios.,* vol. III, obs. 75.)

Encéphalite périodique dont les accès n'ont lieu qu'à plusieurs semaines de distance.

No 180. M. Boisseau rapporte qu'il a observé chez un jeune militaire des accès régulièrement périodiques et à plusieurs semaines de distance les uns des autres; ces accès étaient caractérisés par la perte de connaissance, l'agitation convulsive des membres d'un côté du corps, l'immobilité et la rigidité des membres de l'autre côté. Ce praticien en obtint la guérison en faisant de copieuses saignées pendant l'accès, et en donnant le quinquina à des doses énormes chaque jour, pendant la durée des intervalles qui les séparaient; un séton appliqué à la nuque contribua sans doute à la guérison. On ne craignit pas dans ce cas, de provoquer une gastrite; le sujet aurait encore gagné à ce change. Il est des cas où un viscère peut être sacrifié momentanément à un autre. (*Monographie organique*, t. IV.)

Myélite périodique, type mensuel.

No 181. Le 7 décembre 1826, il se présenta chez moi une forte fille de la campagne qui me rapporta les faits suivants : dans le courant du mois de mai de la même année, ayant son évacuation menstruelle, elle fut poursuivie par un chien qu'elle crut enragé ; elle en éprouva une vive frayeur, et ses règles s'arrêtèrent brusquement. Depuis ce temps elle ne les revit plus, quoiqu'on lui eût fait plusieurs saignées, et appliqué plus de quatre cents sangsues à la vulve, indépendamment des bains de pieds stimulants, des bains de vapeurs et de l'emploi interne des emménagogues. Dans le courant du mois de septembre, elle éprouva des fourmillements très incommodes dans les extrémités inférieures, et de légères secousses douloureuses et incoërcibles. En octobre, les jambes se fléchirent peu à peu avec force, les talons s'appliquant contre les fesses, et toute tentative pour les étendre excitait la plus vive douleur; au bout de cinq jours cette contraction se relâcha, et il n'en resta qu'un peu de faiblesse dans les membres affectés. Un mois après, retour du même accident qui observa la même marche et la même durée, mais dont la cessation laissa, cette fois, la démarche lâche et incertaine. Cependant, la carnation était belle, les formes puissantes, les muscles fermes et bien nourris, aucune disproportion de développement entre les membres thoraciques et pelviens.

Je crus reconnaître la présence d'une congestion active de la moelle épinière ou de ses membranes, une myélite périodique, et choisissant pour la saignée locale l'endroit où elle me semble devoir faire le plus d'effet, je recommandai de placer trente sangsues des deux côtés de la moelle épinière, depuis les lombes jusqu'au coccyx. L'écoulement du sang fut abondant; mais, soit qu'il ne le fût pas encore assez, soit que l'imminence de la congestion rendît déjà la révulsion impuissante, trois jours après, la contracture revint; cependant elle fut moins forte; les talons ne pressaient pas les fesses aussi étroitement. Dans le courant du mois qui suivit, on appliqua itérativement les sangsues, et la contracture ne survint pas; mais le fourmillement et les secousses comme électriques se firent encore sentir. On suivit les mêmes moyens, et on remplaça deux fois les sangsues par les ventouses scarifiées ; on dirigea de plus sur le col de la matrice des vapeurs d'abord d'eau chaude, ensuite de décoction d'herbes aromatiques. Au mois de mars les règles reparurent, mais peu abondantes et fort douloureuses; on continua la même médication. En avril elles furent plus copieuses; depuis cette époque, elles n'ont plus manqué, et la jeune fille jouit de la plus belle santé. (Fallot. *Journal des sciences médicales*, t. LIX.)

Apoplexie intermittente sexti-mensuelle.

N° 182. Archibald-Pitcarnin a observé une apoplexie qui récidivait deux fois par an, à des époques fixes, en mars et en septembre. Cette apoplexie revint ainsi régulièrement pendant neuf ans. Le malade, âgé de trente ans, était frappé subitement au retour de chaque accès ; il tombait à terre sans mouvement et sans sentiment ; mais il revenait assez promptement à lui, et après une mutité de quelques minutes et un certain tremblement au bras droit, il était guéri jusqu'à l'époque périodique suivante. (Méad. *Opera medica.*)

En analysant les faits anciens et modernes relatifs aux phlegmasies périodiques du cerveau et de ses membranes, nous avons d'abord pour but d'apprécier ces faits à leur juste valeur, et de faire voir que, sous les noms de fièvres intermittentes larvées et pernicieuses, soporeuse, apoplectique, comateuse, frénétique, convulsive, délirante, etc., les médecins anciens, surtout Morton, ont reconnu ce qu'il n'est plus possible de méconnaître aujourd'hui, c'est-à-dire des congestions sanguines périodiques ou diverses nuances de phlegmasies intermittentes et rémittentes du cerveau et de ses membranes. L'examen attentif des causes, des symptômes et du traitement de ces faits, nous conduira naturellement à compléter sous ce rapport l'histoire des phlegmasies rémittentes et intermittentes des organes encéphaliques et des membranes cérébro-rachidiennes.

Parmi les faits que nous devons à Morton, Storck, Torti, Méad, Hoffmann, Vandermonde, Huxham, les uns ne sont qu'indiqués, et les autres, quoique mieux exposés, ne contiennent point tous les détails convenables. Mais en remontant à l'époque où ils ont été recueillis, il est facile de se convaincre qu'ils ont cela de commun avec tous les autres faits recueillis anciennement, comme le prouvent les plus vastes collections de ces faits, les Actes des curieux de la nature, par exemple, et les ouvrages de Bonet, de Lieutaud, de Morgagni, de Portal, etc.

La première observation que nous rapportons, sous le n° 145, est de Storck; elle ne laisse aucun doute sur la nature de la maladie, puisque l'autopsie a fait voir une altération très marquée de la partie antérieure et droite du cerveau, précisément à l'endroit où le malade accusait de vives douleurs pendant les exacerbations périodiques de la maladie.

Les exemples d'apoplexies périodiques de Torti et d'Hoffmann se développent dans des circonstances où il est facile de

concevoir des congestions sanguines du côté du cerveau, puisqu'il s'agit, dans le premier cas, n° 146, d'une dame déjà avancée en âge qui, pendant un voyage, éprouve tout-à-coup un grand mal de tête, et tombe dans un état d'étourdissement et de stupeur tel qu'elle paraît privée de vie. Dans le second cas, n° 147, c'est un jeune homme de vingt-six ans qui néglige de se faire pratiquer une saignée à l'époque où il en avait l'habitude. Les accidents apoplectiques chez ces malades étant revenus périodiquement, les praticiens dont il s'agit ont pensé que c'étaient des fièvres intermittentes dont les accès se déguisaient ainsi sous le masque d'une apoplexie ; ils les ont traités et guéris par le quinquina. Les causes et les symptômes de ces deux maladies indiquent manifestement des irruptions de sang au cerveau ; et, parce que leur retour périodique a été prévenu par l'administration du quinquina, cela peut-il aujourd'hui nous porter à croire à un tel déguisement de fièvres pernicieuses essentielles ?

Les observations de frénésie et d'apoplexie intermittentes rapportées par Vandermonde et Morton sont surtout remarquables par une méthode de traitement à laquelle on ne saurait rien ajouter aujourd'hui, en pareils cas. Cela doit peu nous étonner de la part de Morton, puisqu'il reconnaissait, dans la fièvre intermittente larvée frénétique, une inflammation des méninges, et dans la fièvre intermittente apoplectique une inflammation de la pulpe cérébrale, et en particulier des corps striés. Il s'agit, dans l'observation que nous lui avons empruntée sous le n° 164, d'un enfant de douze ans qui, durant chaque accès, est privé du sentiment et du mouvement, dont la respiration est ronflante, et qui présente tous les autres symptômes d'une violente apoplexie. Dans l'intervalle des accès apoplectiques, cet enfant se trouve comme en parfaite santé puisqu'il joue avec ses camarades et demande à manger. Cependant Morton comprit si bien qu'il avait à combattre une congestion inflammatoire périodique du cerveau qu'il ne fut point spectateur oisif d'une affection qui pouvait emporter son jeune malade dans une seconde ou troisième récidive ; aussi le voyons-nous, contre les deux premiers accès, prescrire deux saignées à la veine jugulaire, deux applications de ventouses scarifiées entre les épaules, deux lavements irritants, deux potions purgatives, plusieurs vésicatoires, et tous les moyens révulsifs les plus éner-

giques. Après avoir ainsi diminué la masse du sang, et modéré les symptômes inflammatoires, il fait administrer le quinquina pour prévenir le troisième accès. Quand on réfléchit qu'il y a près de trois cents ans que Morton nous donnait cet exemple admirable d'un traitement si actif et si bien ordonné, pourrions-nous, au dix-neuvième siècle, nous refuser à l'évidence d'un diagnostic et à l'efficacité d'un traitement si conformes aux principes de la doctrine physiologique ?

La cause toute matérielle (puisqu'il s'agit d'un violent coup de bâton sur la tête), la rémittence bien marquée des symptômes à certaines époques, les lésions organiques trouvées sur le cadavre, dans l'observation sous le n° 178 que nous avons puisée dans les Actes des curieux de la nature, ne laissent, ce nous semble, aucun doute sur la nature inflammatoire et les exacerbations périodiques de cette affection cérébrale.

Nous arrivons maintenant aux faits contemporains et modernes : ici nous avons en général beaucoup plus de détails pour les caractériser, et plusieurs d'entre eux ne semblent laisser aucun doute sur leur diagnostic, alors même qu'ils n'ont pas été suivis d'autopsie. Dans l'exemple sous le n° 177, il s'agit d'une femme de soixante-treize ans qui avait déjà eu plusieurs accès quand elle fut soumise à l'observation de Portal; et dans le premier de ces accès la somnolence avec respiration bruyante avait été telle qu'on l'avait *considéré et traité comme une vraie apoplexie.* « Quand je vis la malade, dit l'illustre praticien dont il s'agit, elle était dans un assoupissement si profond avec perte de sentiment et de mouvement, la respiration était si gênée et stertoreuse que je l'eusse fait saigner du pied, si elle n'avait eu le pouls faible, le teint pâle, etc. Je me bornai à lui faire mettre des sangsues au fondement, d'autant plus qu'elle avait eu des hémorroïdes ; deux vésicatoires furent appliqués aux jambes ; une demi-once de sel de Glauber et un demi-grain de tartre stibié furent administrés dans quelques verres d'eau. Il y eut des évacuations alvines ; l'assoupissement cessa, le sentiment et le mouvement revinrent. Plusieurs autres récidives et intermissions eurent lieu *en manière de fièvre quarte*, ce qui fit qu'on prescrivit le quinquina à haute dose, mais inutilement ; la malade succomba.

Le type quarte de la maladie, son siége, sa nature, rien n'a été méconnu par Portal, qui n'a point songé, comme beau-

coup d'autres écrivains, à en faire une fièvre pernicieuse apoplectique essentielle. Il vit dans cette maladie tout simplement des *attaques d'apoplexie*, des *accès apoplectiques périodiques;* par conséquent on ne pourra pas dire qu'il y ait eu *innovation* de notre part à la mettre au rang des encéphalites intermittentes. Elle se trouve ici à la place que lui assigne indirectement l'illustre observateur dont il s'agit, comme on peut en juger par les réflexions judicieuses dont il l'accompagne. L'autopsie de cette malade, qui était la femme d'un maréchal de France, n'aura pas été pratiquée, car Portal n'en fait pas mention; mais il rappelle un autre fait semblable chez une pauvre femme sexagénaire qu'il fit ouvrir. On trouva beaucoup de sang dans les vaisseaux du cerveau, et les ventricules pleins d'une eau rougeâtre. « On voit, ajoute-t-il, par le résultat de l'ouverture des personnes mortes après des fièvres avec des affections comateuses profondes, qu'on trouve souvent des altérations dans le cerveau qui ressemblent à celles des individus qui ont succombé à l'apoplexie la mieux prononcée; on trouve les vaisseaux du cerveau gorgés de sang, des épanchements de sang dans les ventricules, des congestions d'eau, de gélatine, de pus ou de matières purulentes; quelquefois on n'y reconnaît aucune de ces altérations; mais peut-on croire que ce viscère est bien sain parce qu'on n'y voit aucune altération? Ne peut-il pas y en avoir qui ne soient point apparentes pour nous, et qui soient cependant très réelles et capables de troubler les fonctions cérébrales? Ne doit-on pas se méfier des résultats qu'on a cru pouvoir tirer de ces autopsies, quand on connaît la difficulté qu'il y a de disséquer le cerveau; quand on sait que la plus petite dilatation de la plus petite artériole d'un nerf peut troubler, intercepter les fonctions vitales; quand on sait, par exemple, que la goutte sereine est quelquefois l'effet d'une simple dilatation de l'artère centrale du nerf optique, la surdité de celle du nerf acoustique, les palpitations du cœur, les syncopes des nerfs cardiaques, les orthopnées des nerfs viscéraux et sympathiques? Ainsi très souvent on a pu croire qu'il n'y avait aucune congestion sanguine, ni autre altération dans le cerveau, quoiqu'il y en eût de très réelles, mais qu'on ne voyait pas assez sensiblement pour les signaler. » Ces réflexions sont admirables, et bien dignes du profond jugement et de l'éminente perspicacité d'un praticien qui

a tant vu, tant observé de malades, et qui a recueilli des matériaux si nombreux et si importants pour l'avancement de la science.

Ce n'est pas sans motifs que nous rappelons l'opinion de Portal à l'égard du siége et de la nature des fièvres pernicieuses apoplectique et soporeuse; c'est pour la mettre en opposition avec cette tendance qu'ont aujourd'hui plusieurs auteurs de tout rapporter à l'*innervation* ! Qu'est-ce en effet qu'une fièvre pernicieuse apoplectique, selon M. le professeur Cruveilhier par exemple? C'est une *apoplexie sans lésion matérielle, sans épanchement, sans matière, suivant l'expression des anciens* (1). Pour nous, qui aimons beaucoup à matérialiser les maladies, nous partageons l'opinion de Portal, c'est-à-dire que nous nous rangeons du côté de la très grande majorité des faits qui établit l'existence de lésions organiques plus ou moins remarquables dans le cerveau et ses membranes à la suite des fièvres dont il s'agit.

Dans l'observation sous le n° 148, un homme dans la force de l'âge s'expose, la tête nue et les cheveux mouillés, à un soleil ardent; il éprouve le lendemain matin et les jours suivants, aux mêmes heures, un accès caractérisé par des douleurs de tête extrêmement vives, par des pulsations analogues à celles d'une tumeur phlegmoneuse profonde et insupportable, qui se font sentir dans le cerveau; par le battement très fréquent des artères carotide et temporale, la couleur rouge de la face et des yeux, la chaleur du front, par la taciturnité et l'insouciance du malade, la confusion dans les idées, le froid des extrémités, etc. Qui peut ne pas reconnaître ici la cause évidente et les symptômes caractéristiques d'une irritation inflammatoire, ou d'une congestion sanguine intermittente de l'encéphale et surtout de l'arachnoïde? Le praticien qui a vu le malade, reconnut d'ailleurs très bien que le cerveau et ses membranes étaient le siége de l'affection intermittente dont il s'agit.

Dans l'exemple sous le n° 150, l'âge, la constitution du malade, les symptômes des accès caractérisés par une violente douleur dans la tête qui présente même à l'extérieur une rougeur et une sensibilité plus vive, par le froid des extrémités, l'immobilité et l'assoupissement du malade, la respiration sterto-

(1) Article APOPLEXIE du *Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques.*

reuse, les spasmes qui agitent certains muscles de la face ; enfin le succès obtenu par les antiphlogistiques, n'indiquent-ils pas évidemment une irritation inflammatoire du cerveau ? N'y a-t-il pas dans les symptômes une intermittence ou du moins une rémittence très marquée, puisque le petit malade déjeune de bon appétit durant l'intervalle des accès périodiques ? Cependant le médecin qui a recueilli ce fait a très bien reconnu que la fièvre intermittente était ici symptomatique de l'irritation périodique du cerveau.

L'observation de M. Deslandes, sous le n° 167, prouve deux choses à la fois très importantes : 1° le retour périodique d'une violente douleur sur le côté de la tête où l'autopsie a fait voir une altération organique bien marquée ; 2° la difficulté que présente parfois le traitement des affections périodiques et l'inefficacité des moyens thérapeutiques qu'on leur oppose, surtout quand ils sont dirigés sous l'influence d'un diagnostic incertain, ou qui varie au gré de la mobilité et de l'intensité de tels ou tels symptômes. Il s'agissait d'une fille vigoureuse, âgée de vingt-cinq ans ; le symptôme prédominant de chaque accès était une violente céphalalgie occipito-temporale ; il y avait également des symptômes gastriques qui auraient dû rendre plus circonspect sur l'administration du quinquina ; malheureusement on en vint trop tôt à l'usage de ce médicament, tandis que la marche à suivre était celle indiquée par Morton : il fallait commencer par les saignées générales et locales, et insister sur leur emploi avec d'autant plus de raison, de constance et d'énergie que la malade en éprouvait un soulagement très marqué chaque fois qu'on y avait recours. Le quinquina n'étant pas supporté par l'estomac, on a sans doute pensé que cet organe était embarrassé de quelques matières à évacuer, et l'on a prescrit un vomitif ; ce moyen a prouvé que l'estomac n'était embarrassé que d'une irritation sympathique et peut-être idiopathique, qui a été augmentée au point qu'il a fallu lui opposer une application directe de sangsues. C'est ainsi que, par un traitement peu méthodique, on a épuisé sans opportunité, sans énergie et sans succès, les moyens les plus efficaces de l'art ; on a laissé le temps à la congestion inflammatoire des méninges, qui était d'abord périodique, de se constituer en inflammation continue, de passer à la suppuration et de faire périr la malade, comme l'autopsie l'a prouvé.

L'observation de M. Lemaire, sous le n° 154, est de tous

points remarquable: on ne peut ici douter de l'existence d'une inflammation méningo-encéphalite; la cause en est évidente et matérielle : c'est une plaie de tête avec fracture et enfoncement des os du crâne. Les symptômes qui se manifestent le quatrième jour après l'accident sont bien ceux d'une phlegmasie du cerveau et de ses membranes, puisqu'il y a céphalalgie, délire alternant avec un assoupissement profond, vive coloration de la face, fréquence et dureté du pouls, etc. Cependant ils disparaissent et reviennent cinq jours de suite et régulièrement aux mêmes heures de la nuit; pendant le jour, l'intermittence est si parfaite, que le malade est gai, boit et *mange avec appétit la nourriture qu'on lui accorde.* Enfin, l'autopsie ne laisse aucun doute sur la nature et le siége de la maladie. Mais on se demande quel traitement a-t-on employé? Était-il bien urgent d'accorder de la nourriture au malade? Le médecin a-t-il joué le rôle de simple observateur pendant cinq ou six jours consécutifs? Le bien-être du jour a-t-il complétement rassuré sur les désastres de la nuit?

L'observation sous le nº 155 donne lieu aux mêmes réflexions pénibles: et, quels que soient le mérite et la haute réputation du praticien qui a soigné le malade, on se demandera toujours comment l'inflammation périodique de l'arachnoïde a-t-elle été méconnue? Comment a-t-on pu ne voir là qu'une fièvre intermittente pernicieuse qu'il suffisait d'attaquer par le quinquina? Morton, il y a trois cents ans, y aurait vu aussi une fièvre intermittente cachée sous les apparences d'une frénésie; mais cet habile praticien, selon sa coutume, eût combattu d'abord l'inflammation des méninges par un traitement antiphlogistique très énergique, sauf à en venir plus tard à l'administration du quinquina pour prévenir le retour des accès. L'autopsie a fait voir ce que l'examen attentif des symptômes devait indiquer, puisqu'il s'agit d'un homme fort, et dont les accès sont caractérisés par un désordre complet des facultés intellectuelles, souvent même délire furieux, rougeur très vive de la face, yeux habituellement fermés, conjonctives injectées, rétrécissement extrême des pupilles, agitation continuelle, soubresauts des tendons, chaleur vive et sécheresse de la peau, pouls dur, petit et fréquent. D'où vient donc qu'en présence de tels symptômes, on n'ait vu rien d'essentiel que la fièvre, rien de pernicieux que l'intermittence?

Dans l'observation suivante, ce n'est pas la mort du malade, ce n'est pas l'inefficacité du musc et des antispasmodiques, qui a

lieu de nous étonner, mais bien plutôt le choix qu'on a fait de ces médicaments chez un homme adonné aux liqueurs spiritueuses, et qui éprouve deux fois par jour, et régulièrement aux mêmes heures, céphalalgie plus ou moins forte, mouvements convulsifs des muscles de la face, convulsions générales de tous les membres, roideur tétanique des muscles du cou, etc. Ici l'on n'a pas pu s'en laisser imposer par le phénomène de la *fièvre*, puisqu'il n'existait pas; c'est donc la périodicité seule et le prestige de la *nervosité* qui ont présidé au diagnostic et au traitement de cette maladie! Il a fallu que la mort et l'autopsie vinssent, mais trop tard pour le malade, éclairer sur la nature de la maladie et sur le peu de méthode du traitement qu'on lui avait opposé.

Le fait rapporté sous le nº 174 présente une méningo-encéphalite dont les symptômes et le type tierce sont bien caractérisés: chaque accès débute par un frisson suivi de céphalalgie, de surdité, de mouvements convulsifs dans les lèvres, d'un demi-délire indiqué par l'incohérence des réponses, puis le resserrement des pupilles, le tremblement général des membres. Tous ces symptômes disparaissent complétement au bout de dix à douze heures; le lendemain, et pendant tout le temps qui sépare les accès, le malade présente les signes extérieurs d'une bonne santé. On observe ainsi cinq accès consécutifs. Que leur oppose-t-on? seulement quelques prises de quinquina envoyées dans un estomac qui les rejette, parce que cet organe est irrité lui-même, ou prend une part sympathique très active à la phlegmasie périodique du cerveau et de ses membranes. Le malade succombe; et l'autopsie confirme la gravité du mal et l'incurie de l'art, alors qu'il s'en laisse imposer par le prestige de la fièvre et de l'intermittence.

Quant à l'exemple sous le nº 175, voici les réflexions qu'il suggère à M. Martinet, qui a recueilli, avec le talent observateur et tout le zèle qui le distinguent, ces faits si précieux pour la science: « Ici le caractère intermittent paraît si tranché et tellement inhérent à la marche des accidents, que rien ne peut les faire cesser avant le temps où ils doivent finir d'eux-mêmes; car les affusions froides, données dans le milieu de l'accès, ne font qu'aggraver les symptômes, et ne sont utiles qu'au déclin des accès en hâtant leur terminaison. Si la suppuration ne s'est pas établie malgré la durée de la maladie, nous n'en avons pas été étonné; ceci tient évidemment à la longueur et à la multiplicité des intermittences, pendant lesquelles une partie du désordre occasionné

par l'accès avait le temps de se dissiper. Nous savons d'ailleurs qu'une irritation peut quelquefois exister dans un organe pendant un temps assez considérable sans amener la suppuration. Nous avons ici une preuve de la manière dont agissent les révulsifs dans l'arachnitis; tous les symptômes cérébraux disparaissent lorsqu'une violente pleurésie se manifeste. »

Dans la dernière observation dont il s'agit, l'intermittence de l'irritation des méninges est encore mieux établie, puisqu'il y a deux jours bons, et qu'elle présente le type quarte. Pendant ces deux jours, le petit malade est si bien, qu'on le croit convalescent. Malheureusement on n'emploie aucun moyen pour prévenir le retour des accidents; et le troisième jour, la stupeur, le délire qui alterne avec l'assoupissement, les convulsions des membres, etc., annoncent une nouvelle congestion inflammatoire du cerveau et de ses membranes, qui cause la mort. N'est-il pas à regretter qu'on ait perdu un temps précieux à prescrire des remèdes insignifiants, comme l'arnica avec l'esprit de Mindérérus, une potion camphrée et quelques révulsifs externes? tandis qu'il eût fallu, à l'exemple de Morton chez un enfant de même âge et en pareille circonstance, plusieurs saignées de la jugulaire, des applications de ventouses scarifiées ou de sangsues, et surtout l'administration du sulfate de quinine durant l'intermittence.

Les observations de méningo-encéphalites, sous les n°s 152 et 153, recueillies par M. Itard, ne laissent également aucun doute sur leur type intermittent et sur leur nature inflammatoire. Les causes, les symptômes, leur disparition complète pendant un certain temps et leur retour à des époques régulières, enfin les autopsies, tout a confirmé le diagnostic porté par l'habile praticien qui a vu les malades, et qui avait très bien reconnu des inflammations périodiques du cerveau et de ses membranes.

Il n'en est pas de même de M. Bailly, qui n'a vu ou n'a cru voir que des fièvres intermittentes pernicieuses *comateuses* dans les observations sous les n°s 158, 159 et 160. Malheureusement les détails manquent dans le premier fait, pour bien caractériser, sur le vivant, la nature et le siége de la lésion qui provoque les phénomènes pernicieux; tout ce qu'il y a de bien démontré, c'est l'intermittence de cette affection, puisque quelques heures encore avant l'invasion de l'accès ou de la congestion inflammatoire qui causa sa mort, le malade se promenait dans la salle et riait avec les autres malades. L'autopsie fit voir que cette con-

gestion s'était faite sur l'estomac et les organes encéphaliques, particulièrement sur l'arachnoïde. Dans le second fait, il s'agit d'un jeune homme de vingt-huit ans, d'une forte constitution, dont les accès sont caractérisés par un grand froid, suivi d'une vive chaleur et d'un état de stupeur. Le pouls est fort et fréquent, la peau brûlante ; et l'on se contente de le bourrer de quinquina en poudre, à la dose de plusieurs onces. Cependant la nature lutte vigoureusement ; il y a plusieurs rémittences ou intermittences très sensibles. Au troisième accès, les avant-bras se fléchirent sur les bras avec tant de force qu'on ne pouvait les étendre, puis stupidité, air d'ivresse, coma, etc. Le pouls se maintient plein et fort jusqu'à la fin, et l'on se contente de poursuivre l'être pernicieux avec d'énormes doses de quinquina ! Aussi l'autopsie fait-elle voir une vive inflammation de toute l'arachnoïde, et plusieurs points d'une couleur rosée dans l'estomac et les intestins. Dans le dernier fait, mêmes force et jeunesse du malade, mêmes symptômes inflammatoires durant la vie, mêmes altérations après la mort; et toujours on a fait abstraction des organes souffrants dans le traitement employé ! Jamais on n'a rien vu chez le malade qu'un être fébrile et pernicieux qu'on a poursuivi par force doses de quinquina, jusqu'à ce que le trismus ou la mort lui ait fermé la bouche !

Sous le n° 170, les premiers symptômes de la maladie sont ceux de la fièvre intermittente ordinaire, c'est-à-dire d'une gastro-entérite périodique dont les accès sont caractérisés par le frisson, brisement des membres, chaleur générale, douleur épigastrique, soif, langue rouge et lancéolée, pouls dur et fréquent, céphalalgie, etc. Dans l'intention de combattre ce dernier symptôme, le médecin fait tout de suite appliquer un vésicatoire à la nuque. Qu'arrive-t-il par suite de ce moyen intempestif, surtout chez un malade d'un tempérament sec et irritable? La douleur occasionnée par le vésicatoire s'ajoute à celle qui existe déjà du côté du cerveau, et l'irritation, d'abord sympathique de cet organe, devient l'affection prédominante : de là l'intensité de la douleur temporale, face plus rouge, assoupissement, mouvement machinal et tremblotant de la main qui se porte vers la région douloureuse. Appelé en consultation, M. Nepple pensa avec raison qu'il s'agissait d'une phlegmasie cérébrale sujette à des exacerbations périodiques. Plusieurs applications de sangsues sur la région temporale et

les révulsifs aux extrémités ramenèrent au type intermittent l'irritation fébrile, qui, en augmentant d'intensité, avait passé à la continuité. On l'attaqua dès lors avec succès par le sulfate de quinine.

Les faits que nous devons à MM. Faure, Maillot et Melcion, ont été observés sur des théâtres différents, mais qui se rapprochent beaucoup par le degré élevé de la température et par les circonstances dans lesquelles ils ont été recueillis. Aussi ce que nous avons à dire leur est-il applicable à tous, et les réflexions particulières, provoquées par les faits de chacun d'eux, ne feront qu'augmenter le nombre de celles qui, réunies, doivent nous conduire plus sûrement à établir notre diagnostic, et à reconnaître la nature et le siége des affections dont il s'agit. Dans le premier fait, recueilli par M. Faure sous le n° 171, il s'agit d'un boucher de l'armée, d'une bonne constitution, habitué à faire des excès de boisson, et qui se plaint d'abord d'un grand mal de tête; on lui pratique une saignée, après laquelle il se sent tellement bien qu'il oublie la défense faite et se rend au cabaret avec des amis; il passe la nuit à boire, et le lendemain matin on l'apporte à l'hôpital sans connaissance, sans parole. On pratique une seconde saignée qui ramène encore un mieux assez marqué; ce mieux, après un coma vigil aussi grave, fait penser à M. Faure qu'il s'agit d'une *fièvre intermittente pernicieuse comateuse*; en conséquence il prescrit le sulfate de quinine, mais à la dose de dix grains seulement, parce que, dit-il, *cet homme devait avoir l'estomac irrité, et que je craignais de trop agir sur cet organe avec un pareil médicament.* — (Nonobstant, M. Maillot, comme nous le verrons, l'eût employé à une dose quadruple et par la même voie; tandis que M. Broussais l'eût prescrit seulement en frictions ou selon la méthode endermique.) Quoi qu'il en soit, à la visite du soir, le malade fut trouvé très mal; il avait de la peine à parler et à respirer; il éprouvait un malaise insupportable, comme s'il était menacé de suffocation par un poids placé sur l'épigastre. L'accès pernicieux, qu'on ne put prévenir, emporta le malade dans la nuit, et l'autopsie fit voir toute la surface interne de l'estomac d'une couleur livide, qui indiquait un état habituel d'excitation par l'intempérance. Les membranes du cerveau étaient généralement injectées et rouges, etc. « Chez ce malade, dit M. Faure, il y avait une gastrite incontestable, et qui paraissait dater déjà de quelque temps.

Mais il est également évident que les symptômes auxquels il succomba n'étaient pas ceux de la gastrite. La cause principale de la mort fut l'affection cérébrale, de nature intermittente, qui avait été développée par l'influence de la saison, chez un sujet disposé par son affection gastrique à contracter une telle maladie. Chez lui, l'affection de l'estomac, produite par l'abus des excitants, a donc pu influencer le système nerveux cérébral, et le rendre plus susceptible d'être dangereusement affecté par l'action solaire. Les signes de l'affection cérébrale ont été évidents pendant la vie, comme ses traces reconnaissables après la mort. » Nous sommes parfaitement de l'avis de M. Faure, et l'on ne saurait analyser plus physiologiquement un fait pathologique. Aussi n'aurions-nous rien à ajouter, si ce médecin n'ajoutait lui-même que c'est *la fièvre intermittente, d'abord nerveuse, qui a amené la mort;* et si, dans le cours de son ouvrage, cet écrivain distingué n'avait subi l'influence d'un système de nervosité encore trop à la mode pour qu'il ait osé en secouer le joug. Sans doute aussi qu'il s'en est laissé imposer par le phénomène de l'intermittence ou de la périodicité : car dès qu'une maladie présente ce type, dès qu'une gastrite, une méningite, une pleurite, comme il en rapporte des exemples, adoptent une marche périodique ou reviennent par accès ; en un mot, dès qu'on doit les combattre et guérir autrement que des affections continues, alors ce médecin s'embrouille et se perd dans sa théorie, en voyant d'une part des fièvres intermittentes pernicieuses (qui ne sont selon lui que des névralgies), et en reconnaissant, d'autre part, des phlegmasies rendues plus graves par l'influence de la chaleur atmosphérique, mais qu'il place, on ne sait trop pourquoi, sous la dépendance de ce je ne sais quoi de nerveux et de pernicieux qui constitue, selon lui, une fièvre intermittente comateuse ! Sans doute, il faut reconnaître le grand rôle que joue le système nerveux dans le développement des maladies ; c'est par son influence que, dans le fait dont il s'agit, l'estomac irrité d'ancienne date et surexcité encore par une nouvelle intempérance, a réagi d'une manière si active et si funeste du côté des organes encéphaliques, dont l'inflammation aiguë et consécutive a dû faire périr plus rapidement le malade. Ce que nous disons a une importance pratique d'autant plus grande que, s'il n'y avait eu dans ce cas aucun prestige de nervosité et de perniciosité, l'on aurait employé de prime abord et puis fortement insisté sur

les évacuations sanguines générales et surtout locales, pour rendre plus facile et plus efficace l'administration d'une dose de sulfate de quinine proportionnée à la gravité de l'accès qu'on voulait prévenir ; et si, par ces moyens, on eût prévenu la congestion cérébrale et l'inflammation aiguë des méninges, on aurait eu le temps de combattre l'affection des organes digestifs, et peut-être l'on eût sauvé le malade.

Tout ce que nous venons de dire est en grande partie applicable aux faits beaucoup plus nombreux observés par M. Maillot à Alger, et dont nous rapportons quelques cas sous les n[os] 161, 162 et 163. Le premier fait est surtout remarquable en ce que, dans les premiers accès, il nous donne une idée exacte de ce que les auteurs en général, et M. Maillot en particulier, appellent une fièvre intermittente *simple*. « Le cinquième accès, vu durant la période de chaleur, *était des plus simples*, dit M. Maillot; il n'y avait rien du côté de la poitrine, rien du côté de l'abdomen, rien autre chose qu'une céphalalgie qui disparaissait pendant l'apyrexie. » Aussi s'en tint-on (mal à propos) à la diète et à la limonade. Le lendemain, tendance au coma; dans l'accès du soir suivant, l'état comateux se prononce violemment et tue le malade, malgré les évacuations sanguines locales et générales, un peu tardives, et l'emploi surtout trop tardif du sulfate de quinine, dont l'effet dut être nul. L'autopsie fait voir, comme chez le boucher de M. Faure, une inflammation aiguë des organes encéphaliques, et une inflammation chronique des organes digestifs, à laquelle s'était ajoutée une rougeur pointillée superficielle, signe d'une recrudescence aiguë.

« Voilà, dit M. Maillot, un exemple de la rapidité avec laquelle les fièvres intermittentes deviennent mortelles par l'exagération de leurs phénomènes ordinaires à l'état le plus simple, par l'augmentation de l'*irritation encéphalique* qui, dans les *fièvres simples*, ne va que jusqu'à donner de la céphalalgie ; car ici la scène morbide s'est déroulée *encore exclusivement dans le système nerveux*, et particulièrement dans le cerveau. Cet homme entre à l'hôpital pendant la durée d'un accès qui semble devoir se terminer aussi franchement que ceux qui l'ont précédé, mais il n'en est rien ; une congestion violente, au contraire, s'établit sur l'encéphale. Dissipée d'abord par un traitement approprié (disons plutôt terminée promptement comme tout accès périodique), cette congestion reparaît de nouveau et emporte le malade en

quelques heures. Il est très probable qu'une saignée pratiquée à l'arrivée aurait prévenu la congestion cérébrale du 10, et cette fièvre *n'eût pas été pernicieuse*. Mais alors je n'étais pas encore habitué à saigner largement pendant l'accès : ce fut la répétition d'accidents malheureux comme celui-ci, qui m'y amena plus tard ; de même que plus tard aussi, des accès pernicieux succédant brusquement à des accès simples, immédiatement après les déplétions sanguines les mieux indiquées, me conduisirent à donner le sulfate de quinine à haute dose, sans chercher ni apyrexie, ni rémittence, ni subintrance. Sous le rapport des altérations cadavériques, je ferai remarquer l'injection générale du cerveau et de ses membranes, ce qui explique très bien le coma. Je ferai remarquer aussi le ramollissement gris de la membrane muqueuse de l'estomac, et sur ce fond chroniquement malade, cette rougeur pointillée, indice d'une irritation récente, liée aux accès, mais qui n'avait eu ni assez de durée, ni assez d'intensité, pour se révéler pendant la vie par des signes spéciaux, pas même par l'acération de la langue. »

Ces réflexions de M. Maillot sont très judicieuses et d'une haute portée physiologique ; ces aveux modestes sont ceux d'un bon observateur et d'un grand praticien qui ne craint pas d'accuser ses revers, dans l'intérêt de l'humanité et pour les progrès de la science. Aussi, l'ouvrage dont il s'agit, par le grand nombre de faits précieux qu'il contient et par les conclusions pratiques qui en sont déduites, tiendra toujours un rang distingué parmi le grand nombre d'ouvrages qui ont paru depuis peu de temps sur les fièvres intermittentes. Quant à la théorie, il est à regretter que M. Maillot s'en soit peu occupé, ou qu'il se soit laissé influencer par un système qui lui a paru avoir beaucoup de partisans parmi les écrivains modernes, et qui consiste à faire des névroses de toutes les fièvres intermittentes ; car, d'un bout de son livre à l'autre, cette théorie est en désaccord avec sa pratique, et quand il aurait eu pour but de détruire le système de la névrosité dans les affections intermittentes, il n'aurait pas mieux réussi dans le choix des faits qu'il a publiés, comme on peut en juger par ceux que nous lui avons empruntés, et dont les deux derniers sont assez semblables à celui dont nous venons de parler. Toujours l'autopsie fait voir des lésions inflammatoires chroniques, d'abord presque latentes, du canal digestif, et dont l'exacerbation aiguë provoque une affection semblable ou une congestion

inflammatoire du côté du cerveau et de ses membranes, qui fait périr les malades.

Singulières névroses que celles qui laissent partout sur leur passage des congestions sanguines, qui transforment des tissus blancs, des membranes blanches en des réseaux de capillaires sanguins engorgés! Singulières névroses que celles qui partout ramollissent des tissus, les colorent en rouge, en gris, en brun pointillé de rouge, etc.!

Avec de tels faits, un peu de logique et de bonne foi, ne serons-nous pas conduits avec M. Melcion à reconnaître franchement, dans les cas dont il s'agit, des cérébrites, des arachnitites, des méningo-spinites intermittentes? Cependant M. Melcion, au zèle et au savoir de qui M. Maillot se plaît à rendre justice, a vu et observé le fait sous le n° 173, et plusieurs autres semblables sur les mêmes lieux, dans les mêmes circonstances où M. Maillot ne voit que des névroses sous le nom de fièvres pernicieuses comateuses. Mais ce serait faire à ce dernier et habile praticien une guerre de mots, que de le poursuivre dans sa théorie des fièvres pernicieuses, d'autant plus que nous trouvons dans l'*avertissement* de son livre cet aveu remarquable: « L'anatomie pathologique m'a démontré qu'il y avait (dans les fièvres pernicieuses) autre chose qu'une névrose; car j'ai *toujours* trouvé à l'ouverture des cadavres les traces d'une *irritation aiguë*, une hypérémie des grands centres nerveux. »

Dans le second des faits dont il s'agit (n° 162), M. Maillot, après quelques réflexions semblables aux précédentes sur le danger de laisser marcher les fièvres d'accès alors même qu'elles paraissent *primitivement simples,* puisque l'exagération de cette prétendue simplicité conduit à l'état comateux ou à l'inflammation du cerveau et de ses membranes, ajoute: « On aura sans doute remarqué ce ramollissement grisâtre d'une grande partie de la membrane muqueuse, gastro-intestinale, annonçant une affection chronique; et cette rougeur pointillée du grand cul-de-sac de l'estomac, indice d'une irritation récente que rien pourtant n'avait annoncée pendant la vie, etc. »

Certainement il est fort extraordinaire que la gastro-entérite chronique chez ce malade n'ait été indiquée par aucun symptôme, car on conçoit que vingt-quatre ou quarante grains de sulfate de quinine envoyés à la fois sur un organe ainsi affecté, aient pu déterminer une exacerbation aiguë de la gastrite, dont les influen-

ces sympathiques ont provoqué une congestion rapide et mortelle du côté des organes encéphaliques. On conçoit que le raptus opéré violemment du côté de ces organes n'ait pu être arrêté ni amendé par les saignées et les révulsifs, parce qu'une nouvelle stimulation gastrique s'ajoutait à la première, chaque fois qu'en pinçant le nez du malade on le forçait à avaler le sulfate de quinine! Si dans quelques cas M. Maillot a pu être conduit à prescrire avec succès ce médicament, alors même qu'il n'y avait plus ni apyrexie, ni rémittence sensible, il nous paraît que de tels cas doivent être bien rares, et qu'en général, par prudence, par méthode, et pour suivre le premier de tous les préceptes, qui est de ne jamais nuire, il est plus convenable de n'employer alors le sulfate de quinine qu'en lavements et en frictions ou selon la méthode endermique. Ce que nous disons, relativement au traitement, s'applique surtout au dernier fait, n° 163, dans lequel dès le principe les symptômes de l'irritation gastrique furent assez sensibles et reconnus; ce qui n'empêcha pas qu'on envoyât sur un organe enflammé et sur lequel on venait d'appliquer trente sangsues, seize et trente grains de sulfate de quinine. De là, surexitation aiguë de l'irritation gastrique qui reflue du côté du cerveau et de ses membranes; de là aussi l'état comateux et la mort. « N'est-ce pas, ajoute M. Maillot, une chose vraiment désespérante qu'un pareil enchaînement de faits; et si l'on n'avait pas par devers soi de nombreux succès à opposer à des revers de cette nature, que pourrait-on répondre aux accusations qui imputeraient au traitement cette marche extraordinaire ? »

La consultation que propose M. Gintrac dans le fait sous le n° 157 tend à éclairer la question dont il s'agit : comme dans ceux observés par M. Maillot on voit une fièvre d'accès qui, d'abord simple comme il dit, devient pernicieuse par l'exagération de ses symptômes ordinaires; la céphalalgie devint si forte qu'il en résulta du délire, puis une espèce d'embarras dans le langage, etc. M. Gintrac, vu l'irritation cérébrale évidente et son type intermittent, propose 1° une saignée du pied à faire immédiatement; 2° l'application d'un nombre de sangsues proportionné à l'état du pouls après la saignée et appliqué soit à l'épigastre, soit au cou; 3° des vésicatoires aux jambes; 4° des lavements avec le quinquina; 5° le sulfate de quinine dès la diminution de l'accès. Les deux autres consultants n'admettent que l'emploi des vésicatoires et du quinquina. La majorité l'emporte, et la maladie aussi

emporte le malade, sans doute parce qu'on n'a pas fait précéder l'emploi du quinquina par celui des évacuations sanguines, locales et générales, ou parce qu'on y vient trop tard, et quand le sang s'est infiltré profondément dans les organes encéphaliques, comme le prouve l'autopsie.

Non, il ne suffit pas toujours pour guérir les malades dans les cas de congestions inflammatoires périodiques du côté du cerveau, d'administrer convenablement le quinquina et le sulfate de quinine; il faut encore combattre promptement et vigoureusement les symptômes inflammatoires par les moyens antiphlogistiques généraux et locaux, surtout chez les personnes qui ont coutume de se livrer à des excès alcooliques, comme dans les faits sous les n°s 149, 156 et 171, dans lesquels on eût peut-être prévenu la mort des malades si l'on avait eu égard à cette dernière circonstance et à ce dernier précepte.

M. Bonnet, dans le fait qui le concerne sous le n° 172, et qui présente aussi beaucoup d'analogie avec les précédents, n'avait point négligé le précepte dont il s'agit, et des évacuations sanguines convenables avaient rendu les accès pernicieux moins redoutables, et préparé le malade à recevoir la dose convenable et prescrite de quinquina; mais celle-ci ne fut pas donnée... et le malade fut emporté par un accès qui présenta tous les caractères d'une apoplexie foudroyante. L'autopsie fit voir les vaisseaux du cerveau et de ses membranes gorgés de sang, dont il y avait encore un épanchement considérable dans l'hémisphère droit. Dans le fait sous le n° 169, recueilli par M. Letu dans les salles de M. Jadelot, à l'hôpital des Enfants, le contraire est arrivé, c'est-à-dire qu'on a prescrit tant bien que mal quelques doses de quinquina. Ce médicament *a calmé*, dit-on, les accès fébriles; mais on a oublié de calmer aussi, et de combattre énergiquement dès le principe, la phlegmasie du cerveau et de ses membranes; les exacerbations périodiques de celle-ci ont fait reconnaître, ajoute-t-on, *les dehors d'une fièvre intermittente pernicieuse;* et ce sont ces *dehors* ou ces phénomènes fébriles et pernicieux qui en ont imposé, et qui ont empêché de reconnaître sur le vivant ce que l'autopsie a fait voir, c'est-à-dire la lésion inflammatoire des organes encéphaliques.

Dans l'observation sous le n° 168, il s'agit également d'un enfant qui présente tous les deux jours, à la même heure, les symptômes suivants: teint pâle, bras et jambes en résolution,

pouls à peine sensible, pupilles largement dilatées, yeux agités de mouvements convulsifs, etc. Comme il y avait eu auparavant quelques symptômes de gastro-entérite qu'on avait combattus par les sangsues, M. Lemoine eut la bonne idée de ne point administrer le sulfate de quinine par la voie de l'estomac, mais de le faire entrer par absorption sur la plaie d'un vésicatoire appliqué à chaque jambe. Ce moyen réussit très bien, et sans inconvénient, à prévenir de nouveaux accès.

L'observation sous le n° 151 ne laisse point de doute ni sur la régularité des exacerbations quotidiennes, ni sur la nature inflammatoire de la congestion cérébrale, si l'on fait attention que le malade, âgé de cinquante-six ans, est d'un tempérament sanguin et qu'il est sujet à une affection de goutte articulaire, qui déjà plusieurs fois s'était déplacée par le transport de l'irritation arthritique sur l'estomac, le foie, les intestins, où elle avait, dit M. Allonneau, présenté un caractère inflammatoire bien décidé. Chez ce malade, il survient tout-à-coup des accès caractérisés par un état de stupeur, de somnolence, alternant avec le délire; face pâle, pouls petit, irrégulier, sans fréquence, etc.; plus tard, hémiplégie du côté gauche, déglutition difficile, respiration stertoreuse, coma profond, etc. On oppose à ces symptômes plusieurs applications de sangsues et les révulsifs les plus actifs aux extrémités des membres. Cependant les exacerbations continuant à se manifester chaque jour aux mêmes heures, l'indication était positive, ajoute le médecin dont il s'agit, car *cette grave phlegmasie devenait une fièvre rémittente pernicieuse, délirante ou soporeuse*. On voit encore ici, dit-il, un exemple rare d'apoplexie assez forte, remplacée, après trente heures de durée, par une arachnitite qui, d'abord continue, est devenue intermittente, et qu'on a combattue avec succès par le sulfate de quinine.» Quant à nous, ce qui nous paraît surtout très remarquable dans le fait dont il s'agit, c'est que, d'après la judicieuse remarque du praticien qui l'a observé, déjà on aurait pu prendre les premiers déplacements de la goutte, qui chez ce malade ont eu lieu du côté de l'estomac, des intestins, etc., pour des fièvres pernicieuses, cardialgique et cholérique, pour des coliques iliaques, etc., à cause des douleurs vives, lancinantes, pongitives, atroces, déchirantes qu'il éprouvait alors dans ces organes; de sorte qu'on aurait pu reconnaître chez le même individu, et par le déplacement dans les viscères de la même affection inflammatoire et

goutteuse, des fièvres pernicieuses, tour à tour *cholérique, cardialgique, soporeuse, délirante et comateuse;* comme M. Broussais a vu chez le même malade des symptômes pernicieux tour à tour *péritonique, péripneumonique, hémoptoïque* et *syncopal* (1).

Ce qui tend bien à prouver que toutes ces espèces différentes de fièvres intermittentes, tous ces personnages fébriles et pernicieux, ne sont, comme on le voit ici, que des distinctions illusoires et trompeuses qui tendent à masquer ce qu'il y a de réel et de vraiment pernicieux dans toutes ces maladies, c'est-à-dire l'irritation périodique ou la congestion inflammatoire rémittente ou intermittente des organes encéphaliques, puisque c'est elle qui tue les malades, puisque c'est elle que l'autopsie fait constamment découvrir après la mort. Enfin, dans quelques cas particuliers, c'est dans la moelle épinière qu'on découvre presque uniquement la lésion organique d'où partent les phénomènes fébriles et pernicieux, comme M. Melcion en rapporte un exemple suivi d'autopsie, et comme le prouve le fait sous le n° 181, dans lequel le type mensuel et la nature inflammatoire de la maladie ne pouvaient être méconnus, chez une jeune fille de la campagne d'un fort tempérament, et dont les règles avaient été arrêtées par une vive frayeur; aussi le médecin qui soignait cette malade reconnut-il une myélite périodique mensuelle, qu'il attaqua et guérit par des applications abondantes et réitérées de sangsues le long de la colonne épinière, puis par des ventouses scarifiées et par tous les moyens les plus propres à rappeler l'écoulement menstruel.

Il résulte évidemment de tous les faits dont nous venons d'analyser les causes et les symptômes, que la plupart des fièvres intermittentes pernicieuses, comateuse, apoplectique, soporeuse, frénétique, convulsive, délirante, etc., des auteurs anciens et modernes, constituent des congestions inflammatoires ou diverses nuances de phlegmasies périodiques et fébriles, tantôt de la pulpe cérébrale, tantôt de l'arachnoïde; et plus souvent à la fois du cerveau et de ses membranes, ou des organes cérébro-rachidiens. Il est difficile, souvent même impossible, de saisir sur le vivant les différences caractéristiques entre les symptômes de ces deux inflammations, soit parce qu'elles n'existent jamais dans un complet isolement l'une de l'autre, soit parce que l'arachnoïde ne pouvant nous transmettre sa souffrance que par

(1) *Examen des doctrines médicales*, t. I, 3e édit., 1834.

l'intermédiaire du cerveau, il nous reste toujours à savoir si c'est celui-ci qui souffre primitivement ou secondairement. Cette difficulté dans le diagnostic heureusement n'en est point une pour le traitement; car, que l'on ait à traiter une encéphalite, ou une arachnitite, ou une méningo-spinite intermittentes, les moyens à employer sont absolument les mêmes. Ce n'est point la difficulté qu'on éprouve à distinguer les unes des autres ces diverses phlegmasies périodiques, qui a été cause des erreurs relatives au traitement de la plupart des faits que nous avons rapportés, puisqu'on ne les a reconnues ni les unes ni les autres; ces erreurs n'ont guère pu avoir d'autre source que la périodicité même des phénomènes inflammatoires et fébriles, périodicité qui a été cause qu'on les a transformés en des êtres pernicieux essentiels auxquels dès lors on n'a su rien opposer si ce n'est le quinquina, et encore le plus souvent l'a-t-on employé sans méthode et sans précaution.

Il est bien important que tout médecin fixe ses idées à cet égard, puisque le succès de sa pratique, puisque la vie de ses malades en dépendent; en effet, n'est-il pas incontestable, d'après ce que nous venons de voir, que des phlegmasies intermittentes du cerveau et de ses membranes n'ont point été traitées comme elles devaient l'être, et par qui? par des praticiens recommandables, qui, s'étant laissé imposer par les phénomènes de l'intermittence, n'ont plus su voir dans ces phlegmasies périodiques que des *fièvres pernicieuses essentielles;* car combien de fois, sous prétexte d'atteindre des symptômes fébriles et pernicieux, n'a-t-on pas négligé les phlegmasies qui ont tué les malades! S'il est vrai que plusieurs des individus dont nous venons d'analyser la maladie, aient été sacrifiés à de funestes préjugés sur les fièvres intermittentes pernicieuses, s'il est vrai qu'ils aient été tués par des phlegmasies auxquelles on n'a rien opposé, quelle leçon frappante pour nous! Combien de tels faits ne devront-ils pas nous faire réfléchir et éclairer notre diagnostic, si jamais nous nous trouvions placés en pareilles circonstances, ou si des cas semblables se présentaient dans notre pratique! Or, ce jugement si sévère, qui le porte? C'est M. Bailly lui-même (partisan des symptômes nerveux et intermittents essentiels); c'est lui qui avoue que ce sont des phlegmasies qui ont tué les malades morts de fièvres intermittentes pernicieuses; c'est lui qui nous dit: « Dans tous les cadavres de ceux que j'ai examinés, et

» qui ont succombé sous l'action d'une fièvre intermittente perni-
» cieuse, j'ai toujours trouvé des signes non équivoques d'une
» inflammation qui le plus souvent était tellement violente qu'elle
» dépassait de beaucoup les lésions inflammatoires qu'on observe
» à la suite des fièvres continues. »

D'où vient que Morton fut si heureux dans sa pratique contre les fièvres intermittentes apoplectiques, comateuses et frénétiques qu'il a observées? N'est-ce pas parce que, reconnaissant en elles des inflammations du cerveau et des méninges, il eut recours à un traitement antiphlogistique très actif, aux saignées répétées et aux moyens révulsifs les plus énergiques, avant d'en venir à l'usage du quinquina? Outre le malade sous le nº 164, Morton en a soigné plusieurs autres dans des cas semblables, et qu'il a guéris de la même manière. Dans l'exemple d'arachnitite intermittente double tierce, rapportée par Vandermonde, comment a-t-on obtenu la guérison du malade, si ce n'est en lui pratiquant cinq saignées du bras et une saignée du pied durant les trois premiers jours à dater de l'invasion de la fièvre pernicieuse frénétique? N'est-ce pas seulement après ces émissions sanguines répétées que les purgatifs et le quinquina ont pu être utiles pour prévenir le retour des accès?

D'après les faits qu'il a observés à Rome, et abstraction faite de sa théorie, M. Bailly convient que la saignée est le premier et principal remède contre les fièvres intermittentes pernicieuses, parce qu'il *enlève* la *cause* ou l'*aliment* de l'inflammation; il pense que la saignée pourrait dans beaucoup de cas, surtout dans nos climats, amener une guérison plus solide que le quinquina, si l'on ne voulait faire usage que de l'un ou de l'autre de ces moyens. Il avoue que, dans la constitution de fièvres intermittentes dont il a été témoin, « *il en a fait cesser presque subitement par la* » *saignée, qui avaient résisté à tous les autres traitements, et que* » *le quinquina ne réussissait que quand les évacuations sanguines* » *avaient disposé l'économie à en recevoir l'action.* » Ces conclusions pratiques, auxquelles M. Bailly a été conduit en observant sur un vaste théâtre de fièvres intermittentes pernicieuses, s'accordent avec l'expérience de plusieurs praticiens recommandables, surtout de Morton, de Lautter, de Senac, de Baglivi, etc., et sont une conséquence naturelle des principes de la doctrine physiologique, principes d'après lesquels des symptômes perni-

cieux, tels que le délire, le coma, les convulsions, la céphalalgie, les contractions, le trouble ou la paralysie du système locomoteur et sensitif, indiquent toujours une lésion idiopathique ou sympathique plus ou moins vive et profonde des organes cérébraux et rachidiens. Cette lésion, d'après les recherches de l'anatomie pathologique, n'est tantôt qu'une congestion inflammatoire aiguë et qui se répète à certains intervalles, tantôt une inflammation plus profonde avec des exacerbations fébriles périodiques, et accompagnée ou non d'épanchement sanguin ou séreux. Dans tous les cas, c'est par l'emploi méthodique et le plus souvent très énergique des moyens antiphlogistiques généraux et surtout locaux qu'il faut commencer le traitement. La saignée doit être répétée jusqu'à ce qu'on ait diminué convenablement la masse du sang, et qu'il n'y ait plus ni dureté, ni plénitude dans le pouls. La saignée de la jugulaire, adoptée par Morton, ne nous paraît guère plus avantageuse que celle du bras ou du pied; quant aux saignées locales, le choix du lieu n'est point indifférent; elles doivent être obtenues le plus près possible de l'endroit douloureux; c'est presque toujours à la partie supérieure et latérale du cou, aux tempes, derrière les oreilles, qu'il convient de les appliquer, quelquefois à la nuque, et particulièrement sur le trajet de la colonne vertébrale, chaque fois qu'on soupçonne la lésion ou la congestion de la moelle épinière, comme sous le n° 181. Quand, au contraire, on a pour but de provoquer une révulsion, alors on choisit les lieux les plus éloignés de la partie malade, et ceux qui sympathisent le mieux avec elle; c'est ainsi qu'on les applique aux pieds, aux jambes, mais surtout au fondement et autour de la vulve dans les cas d'hémorroïdes et de menstrues supprimées, à la suite d'un accouchement laborieux, et toutes les fois qu'on peut craindre que l'inflammation de la matrice n'agisse sympathiquement sur le cerveau. Il n'est point rare aussi qu'il ne faille poser les sangsues sur la région épigastrique et iléo-cœcale, quand l'irritation primitive et principale réside dans la muqueuse gastrique ou entéro-mésentérique. Il est bien important dans tous les cas de donner une grande attention aux organes digestifs, afin de ne pas s'exposer à augmenter les symptômes cérébraux, en portant des remèdes stimulants là où se trouve une irritation sympathique et quelquefois idiopathique, dont la surexcitation exerce à son tour des influences plus ou moins funestes sur le cerveau et l'arachnoïde.

Quant aux applications réfrigérantes, et surtout de la glace autour de la tête, il faut être extrêmement réservé sur leur emploi; l'effet de ce moyen est trompeur et sujet à beaucoup d'inconvénients; il est parfois suivi d'une réaction de chaleur telle, que la douleur et les symptômes de congestion cérébrale en sont augmentés d'une manière rapide et funeste, comme sous les nos 175 et 176. L'emploi des révulsifs est sujet à moins d'inconvénients ; mais il faut éviter qu'ils soient trop violents, et qu'ils portent un agacement ou un ébranlement trop fort sur tout le système nerveux ; il faut éviter surtout, comme sous le no 170, de les employer trop tôt et trop près des organes affectés; ceux qui conviennent le mieux sont les friction ssèches et irritantes à la surface des membres inférieurs, les fomentations, et mieux encore les cataplasmes chauds et sinapisés aux pieds, à la surface interne des jambes, puis les lavements plus ou moins stimulants, et par fois la ligature circulaire des membres.

Remarquons qu'en employant les divers moyens dont nous venons de parler contre les fièvres intermittentes apoplectique, soporeuse, convulsive, etc., ou contre les phlegmasies périodiques de l'encéphale et de ses membranes, on n'aura perdu aucun temps précieux pour l'administration du sulfate de quinine dans les cas où elle sera jugée promptement nécessaire ; car les moyens dont nous venons de parler auront été employés pendant la durée de l'accès, c'est-à-dire pendant tout le temps que l'usage de ce médicament est contre-indiqué. Il est prouvé d'ailleurs que les préparations de quinquina ne peuvent rien, ou ne peuvent qu'être nuisibles contre un accès pernicieux, dont le malade commence à ressentir les prodromes; c'est donc sur les moyens antiphlogistiques et révulsifs que le praticien doit compter pour en diminuer la violence, et quelquefois empêcher qu'il ne tue le malade. La révulsion portée sur la muqueuse digestive par l'usage des vomitifs et des purgatifs doit être également bannie du mode de traitement à employer durant l'accès, parce que si la muqueuse digestive n'est point affectée primitivement, elle l'est toujours sympathiquement pendant la vive souffrance des organes cérébraux et rachidiens. C'est un point de pratique que M. Maillot a très bien saisi, et qu'il a contribué à éclairer par des réflexions très sages, en faisant voir tout ce qu'il y avait à cet égard de défectueux dans la pratique de Torti. Non qu'il faille bannir entièrement un moyen de révulsion qui peut devenir très efficace et

très puissant entre des mains habiles, mais ce n'est que dans l'intervalle des accès et quand l'indication du quinquina n'est pas urgente, qu'on peut y avoir recours et procurer ainsi une utile et puissante diversion à l'irritation périodique de l'encéphale par les purgatifs, surtout ceux dont l'action se fait spécialement sentir sur les gros intestins.

Il n'est point rare que l'emploi méthodique et très énergique des moyens antiphlogistiques ne suffise pour dissiper sans retour des congestions inflammatoires intermittentes des organes encéphaliques. Mais comme le plus ordinairement ils ne font que modérer l'encéphalite et l'arachnitite périodiques, et qu'ils ne les empêchent pas de revenir ou d'éprouver des exacerbations très marquées à des époques régulières, il faut avoir recours plus ou moins promptement à l'administration du quinquina ou du sulfate de quinine pour prévenir ces accès. Le mode d'action de ce médicament par la voie de l'estomac est toujours plus prompt et plus efficace quand il n'y a pas contre-indication, annoncée par la soif, la rougeur de la langue, la sécheresse de la bouche, la chaleur de la peau, un sentiment d'ardeur et de gêne dans la région épigastrique, etc.; dans ce dernier cas, on peut encore quelquefois l'administrer en lavements; mais il est plus sûr, dans bien des cas de ce genre, de ne l'administrer qu'en frictions, ou selon la méthode endermique dont nous nous occuperons plus tard avec tous les détails convenables.

Lorsque les accès pernicieux encéphaliques sont plus ou moins rapprochés les uns des autres, et qu'il ne reste que peu de temps pour l'ingestion du quinquina, il ne faut pas craindre de le donner à hautes doses, au risque de provoquer une légère gastrite ou gastro-entérite. L'expérience a confirmé le succès d'une telle hardiesse, quand elle a pour but d'enrayer promptement une congestion inflammatoire périodique très violente du cerveau et de ses membranes, sauf à traiter ensuite par les moyens antiphlogistiques les plus actifs l'irritation portée sur le canal digestif. On voit, dans l'observation sous le nº 126, que M. Boisseau ne craignit pas, après avoir fait pratiquer plusieurs saignées au malade, de lui administrer des doses énormes de quinquina, au risque de provoquer une gastrite, et bien convaincu qu'il y a des cas d'urgence où un viscère peut être momentanément sacrifié à un autre dont la lésion est plus redoutable, et peut, d'un instant à l'autre, occasionner la mort. Mais

il faut bien se garder alors de hasarder cette stimulation dans un tout autre but que celui de prévenir le retour des accès par le quinquina ou le sulfate de quinine ; car tout autre stimulant pourrait être fort dangereux. Les vomitifs et les purgatifs, donnés dans cette circonstance, sont presque toujours très nuisibles; ils augmentent l'intensité des phénomènes pernicieux encéphaliques, et peuvent faire succomber promptement les malades. C'est un reproche, dit M. Maillot, qu'on peut adresser à la méthode de Torti, qui compte encore bon nombre de partisans : pendant que, d'une part, on poursuit l'état saburral par les évacuants, de l'autre on néglige de combattre hardiment les congestions périodiques de la muqueuse digestive ; celles-ci vont laissant, à chaque accès, des traces inflammatoires plus sensibles, et qui persistent durant les intermissions ; alors cette membrane encore malade, quand elle est derechef surexcitée par un nouveau redoublement, se phlegmasie rapidement à un degré plus ou moins élevé; de son côté, l'état morbide de l'encéphale suit la même marche; de là une violente gastro-céphalite, une fièvre typhoïde plus ou moins grave et souvent mortelle.

Indépendamment des faits particuliers que nous avons rapportés, nous pourrions, par la relation succincte de plusieurs épidémies de fièvres intermittentes ataxiques ou pernicieuses confirmer les principales règles de traitement que nous venons d'établir.

C'est ainsi que la constitution épidémique de Paris, durant l'été de 1709, fit voir beaucoup de fièvres intermittentes et rémittentes tierces et double-tierces malignes, dont les accès étaient caractérisés par des symptômes cérébraux bien évidents, tels que céphalalgie aiguë, délire, inquiétude générale, état de soporosité et de stupeur, nausées, vomissements, douleurs vagues et aiguës dans les membres, etc. Quelque pernicieux que fussent ces symptômes, et quelque régulier que fût leur retour, l'expérience fit voir qu'il fallait bien se garder d'avoir recours trop promptement à l'usage du quinquina. Si l'on différait d'un seul jour, de deux jours au plus, de pratiquer des saignées abondantes aux malades, de les mettre à une diète absolue et aux boissons laxatives acidules, on voyait bientôt survenir des mouvements convulsifs, des sueurs fétides, et ils étaient perdus sans ressource. Avant d'avoir recours à l'administration du quinquina, on attendait toujours d'avoir obtenu un amende-

ment très marqué dans les symptômes cérébraux par le traitement antiphlogistique.

C'était tantôt les organes cérébraux, tantôt les organes digestifs, qui étaient primitivement et principalement affectés dans l'épidémie de fièvres rémittentes et intermittentes malignes que Sarcone eut occasion d'observer à Naples en 1764. Les accès de la fièvre chez plusieurs malades présentaient les symptômes suivants : manie opiniâtre, frénésie, délire, veilles, tremblements, déglutition difficile comme dans l'hydrophobie, douleur fixe et pongitive dans quelques parties de la tête, langue couverte d'un gluten blanchâtre, anxiété, respiration suspirieuse et profonde, peau chaude, souvent couverte de sueurs et de pétéchies, nausées, vomissements, etc. Cette fièvre présentait dans le principe une rémission si longue et si distincte dans sa marche, que le bien-être des malades dans l'intervalle des paroxysmes approchait d'une intermission et d'une apyrexie complètes ; la durée des paroxysmes était de douze, dix-huit ou vingt-quatre heures. Quand on ne lui opposait pas promptement les moyens convenables, le trouble des fonctions intellectuelles dégénérait en léthargie pernicieuse ou en convulsions épileptiques qui amenaient une mort subite. Le moyen le plus efficace contre des symptômes si pernicieux, était la saignée pratiquée le plus promptement possible, et répétée plus ou moins suivant les cas, puis les moyens révulsifs à la peau, et quelquefois sur la muqueuse intestinale par les lavements purgatifs ou quelques légers minoratifs. Sarcone observe que le quinquina ne pouvait être employé avant l'emploi des moyens antiphlogistiques, et qu'il fallait même y renoncer entièrement si ces moyens n'amenaient pas des rémissions de plus en plus sensibles ; ce n'était que dans ce dernier cas, et quand le pouls avait perdu sa dureté qu'il avait recours avec succès à l'administration du quinquina ; et pendant tout ce temps, il faisait continuer la diète délayante aux malades.

Entre le précepte de Sarcone et de M. Broussais, qui consiste à poursuivre par le traitement antiphlogistique tous les symptômes inflammatoires dans le but d'amener et d'attendre une apyrexie parfaite avant l'administration du quinquina, et celui de M. Maillot, qui, dans beaucoup de fièvres pernicieuses et nonobstant les symptômes inflammatoires et le défaut d'apyrexie, veut tout de suite administrer ce médicament, nous pensons

qu'il faut adopter un terme moyen prudemment et sagement établi suivant les cas, et en se dirigeant d'ailleurs d'après tous les autres préceptes de la doctrine physiologique.

SECTION II. — Observations qui prouvent l'existence des phlegmasies rémittentes et intermittentes des organes bronchiques, pulmonaires et carditiques, sous les types multi-quotidien, quotidien, tierce, tierce-doublé, double tierce, quarte, quintane, sextane et octane.

Bronchite intermittente, type multi-quotidien.

N° 183. Une fille d'une haute stature, d'une forte constitution, toussait un peu depuis quelques jours : chargée par ses maîtres d'aller faire une commission fort loin de sa demeure, elle y va en courant et revient de même; elle était tout en sueur en arrivant; elle se déshabilla dans une chambre froide et se coucha. Dans la nuit, elle fut prise d'une toux quinteuse des plus violentes. Le lendemain, elle toussa peu ; elle se plaignit seulement d'avoir *la poitrine brisée ;* elle vaqua à ses occupations habituelles. Mais, dans la nuit, nouvelles quintes de toux plus violentes et plus rapprochées que celles de la nuit précédente.

M. Gauthier de Claubry vit la malade le troisième jour; sa figure était rouge; ses yeux étaient saillants; une toux suffocante la fatiguait; il y avait une oppression considérable, de la fièvre et beaucoup de chaleur. Une saignée fut aussitôt pratiquée, et amena une détente générale. Les symptômes reparurent dans la nuit; une nouvelle saignée, quelques sangsues au cou et à l'épigastre, produisirent une rémission nouvelle. M. Gauthier apprit alors que les quintes de toux arrivaient quatre fois par jour et à des heures déterminées. Il pensa que le sulfate de quinine pouvait avantageusement combattre ces accidents. L'administration de ce remède eut un plein succès; les quintes de toux périodiques disparurent. (*Société méd. d'émul.*, février 1833.)

Laryngo-trachéite intermittente et rémittente quotidienne.

N° 184. Un enfant mulâtre, de cinq ans et demi, fort et bien constitué, étant enrhumé et enroué depuis trois ou quatre jours, fut pris subitement, dans la nuit du 10 avril 1797, d'un accès de toux, avec difficulté de respirer et resserrement vers le larynx. Vers le matin et dans la journée du 11, il y eut rémission et même cessation des symptômes dont nous venons de parler; mais la nuit suivante, nouveau paroxysme plus violent que le premier. Par le conseil d'une négresse, on fait des lotions avec de l'eau froide sur le creux de l'estomac, et bientôt après les accidents paraissent se calmer. Cependant un troisième paroxysme se manifeste dans l'aprés-midi, et des lotions froides ne procurent aucun soulagement. On fait prendre à l'enfant de l'huile de ricin; les symptômes continuent et s'exaspèrent encore. M. Valentin est appelé à l'entrée de la nuit; il trouve le petit malade menacé d'une suffocation prochaine; sa voix était *semblable à l'aboiement d'un jeune chien un peu enroué;* il portait la main à la partie antérieure du cou; une légère pression exercée au-dessus du cartilage thyroïde lui causait de la douleur; le pouls était fréquent, les yeux saillants, etc. L'auteur prescrit un bain de jambes sinapisé, des ventouses scarifiées au cou, et deux grains de

calomélas à prendre toutes les deux heures. L'écoulement du sang, joint à l'irritation locale, modèrent les symptômes : néanmoins il y a seulement rémission, et non pas intermission comme auparavant.

Le troisième jour au soir, dyspnée, toux sèche et glapissante, agitation des bras. On réitère le pédiluve sinapisé, on fait respirer au malade les vapeurs du vinaigre chauffé; on lui fait sur le cou des frictions avec l'éther seul, ou mêlé à l'huile d'amandes douces. La nuit est fort agitée.

Le matin du quatrième jour, rémission. On fait prendre deux petites doses d'ipécacuanha qui procurent des vomissements et une selle. Le soir, exacerbation; mêmes remèdes que la veille. La nuit suivante est moins mauvaise, la fièvre diminue, la respiration devient plus libre.

La guérison a lieu le sixième jour, sans qu'aucune expectoration se soit manifestée.

Dans l'espace de quatre jours, l'enfant a pris cinquante-quatre grains de calomélas, et n'a pas eu de salivation. (*Journal de médecine, chirurgie et pharmacie*, vol. XVI.)

Toux suffocante avec le type rémittent quotidien.

No 185. Galeazzi rapporte qu'un septuagénaire d'un tempérament bilieux, sanguin, d'une habitude du corps assez robuste, adonné au vin, et doué d'un certain embonpoint, fut attaqué d'une fièvre caractérisée par une si grande difficulté de respirer et par des quintes de toux si violentes qu'il ne pouvait rester couché, et qu'il était obligé de se tenir à chaque instant assis sur son lit. Le pouls était dur et fréquent, la langue aride, la voix languissante et rauque; la toux n'était suivie d'aucune expectoration. On tira deux ou trois fois du sang au malade sans qu'il fût beaucoup soulagé; on remarqua seulement que la difficulté de respirer, la fièvre, l'assoupissement, éprouvaient une légère rémission le matin, ce que l'on attribua à la saignée. Mais, dans l'après-midi, tous les symptômes augmentèrent de nouveau : le malade ne pouvait parvenir à cracher la matière retenue dans le poumon; les urines étaient en petite quantité, elles étaient troubles et rouges; il n'y avait point de sueur.

La périodicité des redoublements qui se manifestaient dans cette affection fit soupçonner une fièvre *intermittente pernicieuse* que Galeazzi crut à propos de combattre par le quinquina. Le premier jour, il profita de la rémission des symptômes indiqués pour administrer au malade trois gros de quinquina en infusion dans l'eau de violettes; le jour suivant, il réitéra la même dose; le malade eut à peine avalé cette seconde prise, que la difficulté de respirer et la fièvre s'apaisèrent; il eut une expectoration de matière bilieuse et sanguinolente qu'aucun autre médicament n'avait pu susciter; il continua l'usage de l'écorce du Pérou, en diminuant successivement la dose jusqu'à un gros et même un demi-gros. Le malade prit en tout environ trois onces de quinquina; la matière des crachats devint meilleure, la quantité des urines augmenta considérablement, l'orthopnée et tous les symptômes de la fièvre disparurent.

Autre catarrhe avec le même type.

No 186. Le même praticien a observé un autre exemple de catarrhe suffocant quotidien chez une femme qui, guérie depuis peu d'une fièvre tierce, voulut reprendre trop tôt ses occupations et sa vie laborieuse; elle fut saisie d'une toux opiniâtre et d'une difficulté de respirer telle que la malade ne pouvait rester couchée; elle éprouvait en même temps une fièvre considérable dont les exacerbations avaient lieu régulièrement durant la nuit; elle crachait abondamment une matière épaisse et assez semblable à du pus; l'on

avait employé inutilement la saignée, les émollients et les expectorants; l'on croyait la maladeatteinte d'une phthisie commençante, lorsque par le conseil de Galeazzi on lui administra le quinquina à l'époque la plus éloignée des exacerbations; la malade ne tarda point à guérir à l'aide de ce médicament.

Galeazzi fait, des observations dont il s'agit, deux fièvres intermittentes *pernicieuses asthmatiques*, et M. Alibert, en les rapportant dans son ouvrage, leur donne le nom de fièvres *pernicieuses dyspnéiques*. On peut choisir...

Catarrhe bronchique quotidien.

N° 187. A la suite d'uue fièvre continue bilieuse, compliquée dès le sixième jour de symptômes de fièvre ataxique, et changée vers le dix-septième jour en fièvre intermittente tierce, madame S*** ayant refusé de prendre du quinquina,éprouva tous les accidents que produisent ces sortes d'aftions prolongées, tels que la langueur, l'inappétence et des œdématies partielles.

Le trente-troisième jour de la maladie, après une promenade faite par un temps froid et humide, madame S*** fut prise d'une toux forte et continue mais sans fièvre ; dès les premiers jours de cette toux, la langueur, l'inappétence, et l'œdématie de la face et des extrémités disparurent; la malade ne conserva que quelques malaises et de la faiblesse ; la toux dura ainsi pendant environ vingt-cinq jours; les moyens qu'on employa contre elle ne l'ayant pas fait céder, la malade refusa toute espèce de remèdes, et résolut de confier sa guérison au temps et aux seuls efforts de la nature. Au bout de huit jours, la toux prit le caractère périodique et se montra par accès très violents, qui se manifestèrent d'abord tous les jours après midi, et puis toutes les nuits à une heure plus ou moins fixe.

L'accès s'annonçait par des bâillements prolongés, mais du reste rien n'indiquait le plus léger mouvement fébrile ; la toux était très forte, elle durait pendant trois heures au moins, et se terminait par une expectoration assez abondante de matières muqueuses. Quelque temps avant et après l'accès, la malade éprouvait un picotement très douloureux à la gorge, entre le larynx et la partie supérieure du sternum ; dans les intervalles des accès la malade se trouvait parfaitement libre.

M. Courbette, convaincu de la nécessité d'employer le quinquina, parvint à en faire prendre en poudre à la malade ; il lui fit en même temps diriger des fumigations toniques vers la gorge.

La première administration du quinquina, qui fut de trois gros en trois doses différentes, ne fit que diminuer l'accès suivant qui était déjà le seizième accès de la toux périodique dont il s'agit.

Le second jour, on augmenta chaque dose de quinquina d'un demi-gros, et le dix-septième accès fut retardé de trois heures ; il fut moins intense. Le quinquina provoqua plusieurs évacuations alvines bilieuses.

Le troisième jour de l'administration du kina, chaque dose de ce médicament fut portée à deux gros. La première dose qui fut administrée donna lieu à de fortes coliques, suivies de deux ou trois selles bilieuses. On ajouta aux deux suivantes un demi-grain d'extrait gommeux d'opium : les coliques ne se déclarèrent plus, et l'accès n'eut point lieu.

Le quatrième jour, mêmes moyens ; l'accès revint plus tard, et la toux fut peu intense.

Le cinquième jour et les suivants, mêmes moyens encore ; l'accès n'a point reparu. On continua l'usage du quinquina pendant onze jours, en ayant soin de diminuer graduellement les doses de ce médicament. (Courbette, *Journal général de méd.*, t. XXV.)

Autre catarrhe intermittent quotidien.

N° 188. Le docteur Coquereau, dans un Mémoire de la Société royale de médecine pour 1778, rapporte qu'il a traité une demoiselle d'un vrai catarrhe intermittent qui a duré plus de six semaines. Il s'annonçait par une toux violente qui attaquait la malade tous les jours régulièrement à minuit et finissait le matin.

Pendant tout ce temps, cette demoiselle éprouvait une oppression considérable, une chaleur brûlante, sans cependant avoir jamais eu d'accès de fièvre bien décidés. La journée était calme. Le catarrhe prit enfin sa marche ordinaire et uniforme, lorsque, à l'aide du quinquina, on eut détruit la périodicité.

Autre catarrhe bronchique quotidien.

N° 189. Ridley a observé également une toux intermittente chez un enfant qui en était pris tous les jours régulièrement et avec une extrême violence. Cette toux présentait tous les caractères de la coqueluche; il parvint à la guérir par le moyen des vomitifs. (*Observat. médic. pratic.*, obs. 20.)

Catarrhe périodique avec des accès quotidiens.

N° 190. Une jeune personne âgée de douze ans éprouva quelques prodromes de peu d'importance, et fut ensuite atteinte d'une toux sèche, d'abord très fréquente et accompagnée d'une fièvre vive. Une douleur assez intense avait lieu sous le sternum, et augmentait par la toux, par l'action de parler, etc. Les accidents existaient à peine le matin; le soir au contraire ils étaient graves : respiration laborieuse, difficile; la fièvre, nulle jusqu'à trois heures après midi, était intense à cinq heures du soir. Déjà l'affection durait depuis quatre jours : la toux était moins sèche, mais conservait toujours ce caractère remarquable de périodicité : quinze sangsues sur la région de la trachée, la diète, le repos, des boissons et des fumigations émollientes, n'empêchèrent pas le retour des accès; deux jours après, le mal fut en empirant, bien que le pouls, plus accéléré, fût plus faible. Neuf grains de sulfate de quinine furent administrés en trois doses, le septième jour, et dans l'intervalle des accès; l'accès fébrile et la toux retardèrent de trois heures. Même dose de sulfate de quinine le lendemain; le paroxysme n'eut pas lieu. L'usage du quinquina fut continué pendant trois jours. Convalescence parfaite au bout de quelques semaines; accès de fièvre manifesté par un frisson qui dure une heure, suivi d'une chaleur qui se prolonge plusieurs heures, et d'une sueur abondante. Aucune trace de phlegmasie abdominale. Le jour suivant, la malade est bien; un nouvel accès se manifeste le surlendemain du premier paroxysme. Deux nouveaux accès très marqués de fièvre intermittente ont lieu sans toux et sans aucun signe physique ou rationnel de catarrhe pulmonaire. Le sulfate de quinine, administré de la même manière que dans la toux périodique avec le type quotidien, supprima parfaitement cette fièvre. (Piorry, *Journal compl.*, 1827.)

Bronchite, type quotidien et tierce.

N° 191. La fille de M. C***, âgée de six ans, était tourmentée depuis plusieurs mois d'une fièvre tantôt tierce, tantôt quotidienne, qu'on avait toujours combattue par les sels de quinquina, sans aucune espèce de traitement local. Deux ou trois heures avant le frisson, cette enfant était assaillie par des quintes de toux fortes et continuelles. Lors de ces diverses rechutes, on aurait pu les prédire par la naissance d'une toux catarrhale sèche et vive qui se déclarait

quatre ou cinq jours d'avance. Je n'administrai le fébrifuge qu'après un traitement antiphlogistique; ce fut avec un plein succès. La toux ne reparut plus; l'embonpoint, la gaieté, l'appétit revinrent. (Chauffard, *Traité sur les fièvres essentielles*, 1825.)

Fluxion de poitrine ou catarrhe intermittent quotidien.

N° 192. Je fus appelé, le 8 décembre 1831, pour voir la femme du sieur B..., âgée de quarante-cinq ans, d'un tempérament sanguin, et qui, disait-on, souffrait beaucoup depuis deux jours par suite d'une imprudence qu'elle avait commise en s'exposant toute suante à un courant d'air froid. Elle présentait à mon arrivée les symptômes suivants: toux presque continuelle et accompagnée d'une expectoration abondante de mucosités; poitrine douloureuse dans la plus grande partie de son étendue, mais principalement à la région sternale; céphalalgie atroce, figure rouge, yeux injectés, pouls plein et dur, peau brûlante, soif vive, bien que la langue fût humide et blanche; constipation et coliques légères. Je pratiquai sur-le-champ une saignée du bras; je fis couvrir le thorax d'un cataplasme de farine de graine de lin; je prescrivis pour le reste de la journée un julep béchique, des sinapismes autour des malléoles, un lavement émollient, et une infusion de fleurs de mauve édulcorée avec le sirop de gomme pour boisson. Sous l'influence de ces moyens, et probablement aussi par la nature même du mal, les accidents diminuèrent à vue d'œil, et se dissipèrent dans la soirée. La nuit fut excellente; mais le lendemain, vers les sept ou huit heures du matin, les désordres observés la veille se reproduisirent, avec cette différence pourtant que la douleur de tête était peu prononcée, et que celle de la poitrine avait considérablement augmenté. Les circonstances étant à peu près semblables, je tins la même conduite; et, comme le jour précédent, le calme ne tarda pas à se rétablir dans l'économie.

Cette alternative de cessation et de reproduction des phénomènes morbides, ne me permettant pas de douter que je n'eusse affaire à une affection intermittente, je me hâtai de recourir au sulfate de quinine: 12 grains furent administrés dans une potion gommeuse, et l'accès qu'on attendait le 10 manqua. La guérison, selon toutes les apparences, eût été dès lors complète et prompte; mais la femme B..., effrayée de la cherté du remède que je lui avais prescrit, n'ayant plus voulu en faire usage, une rechute eut lieu le 13. Le retour des accidents, mieux que mes avis, détermina la malade à revenir au sulfate de quinine; elle en prit de nouveau 12 grains, et cette dose suffit encore pour supprimer la fièvre et la toux. Il n'y eut pas cette fois de récidive, parce qu'on eut la sage précaution de continuer l'emploi des fébrifuges pendant quelque temps. (Bonnet, *Traité des fièvres interm.* 1835.)

Toux avec le type double-tierce.

N° 193. Franz-Home a vu un exemple de toux qui récidivait de deux jours l'un, avec redoublement de fièvre et d'oppression. Cette toux survenait la nuit et durait chaque fois une heure et demie; elle revenait de telle sorte que, l'accès du premier jour et celui du troisième étaient très forts, celui du second et du quatrième plus faibles. (*Comment. de reb. in medic. gest.*, vol. IX.)

Affection de la muqueuse pulmonaire, type tierce doublé.

N° 194. M. Th..., âgé de vingt-huit ans, maigre et d'une santé délicate, demeurait à un rez-de-chaussée, ayant été plusieurs fois, et particulièrement au printemps, atteint de maladies de poitrine qui faisaient craindre une phthisie pulmonaire, s'exposa au froid après un exercice pénible et pendant une transpiration abondante. Après plusieurs jours de malaise, il eut, le 28 mai

1824, au matin, un peu de toux avec dyspnée, et une forte douleur derrière le sternum. Ensuite survint une sueur très fétide qui dura sept heures, et pendant laquelle il fut obligé de changer douze fois de linge. La poitrine et toutes les parties supérieures du corps étaient particulièrement baignées de sueur; les jambes étaient presque sèches. Le malade se leva ensuite sans éprouver le plus léger affaiblissement. Vers sept heures du soir, le malaise, le frisson, et ensuite la chaleur sèche, marquèrent un second accès, qui dura jusqu'à onze heures, et pendant lequel la toux et les autres accidents de poitrine furent moins intenses. Le sommeil le plus calme suivit cet accès. Le bien-être fut très grand dès le lendemain, et M. Th... se félicitait de la sueur abondante qui, disait-il, l'avait délivré de tous les accidents à craindre après une transpiration arrêtée. Le 31 mai et le 2 juin, accès semblables à celui du 29, accroissement des douleurs de la poitrine, de la dyspnée et de la toux, qui se prolongèrent quelque temps après les accès. Boissons mucilagineuses, quinze sangsues à l'anus, looch blanc. Le 4 juin, l'accès du matin est accompagné d'un crachement de sang peu abondant, qui reparut également le 6. Ces deux derniers accès furent suivis de malaise, d'un grand affaiblissement et de tristesse; la toux fut presque continuelle. Les accès du soir ne furent marqués que par quelques bâillements, de la tristesse, et plus de malaise. Sulfate de quinine, dix-huit grains en trois doses et en vingt-quatre heures. L'accès du 8 manque entièrement, à la grande surprise du malade, qui était resté fort tard au lit pour l'attendre. Depuis lors, tous les accidents, la toux exceptée, disparurent complétement. La toux cessa vers le 15, et M. Th... n'a pas cessé de jouir depuis lors et jusqu'à ce jour, 26 juin, de la plus parfaite santé. (Goupil, *Nouvelle biblioth. médic.*, t. v.)

Bronchite intermittente tierce.

N° 195. Coffigneaux (Jean), âgé de vingt-quatre ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une forte constitution, soldat au train d'artillerie, entra à l'hôpital le 17 mai 1826. Il éprouvait depuis plusieurs jours des douleurs dans la tête, les reins et le long du sternum, un sentiment de fatigue dans les membres, de la toux, de la difficulté de respirer, de la fièvre avec frisson, chaleur et sueur; à cela se joignaient de la soif et de l'inappétence. Le 18, même état. Diète, orge mondé nitré, julep pectoral, saignée du bras de 12 onces, lavement. Le 19, persistance de la céphalalgie, diminution de la douleur des lombes et de la poitrine, pouls dur, un peu fréquent; peau chaude, étourdissements, bouche amère, deux selles, urines briquetées; du reste, même état. Bouillon, pédiluves sinapisés, 12 sangsues aux tempes. Le 20, amendement très prononcé. Même traitement, sauf les sangsues. Le 21, toux, respiration douloureuse et difficile, fièvre. Diète le matin, bouillon le soir, camomille édulcorée. Le 22, apyrexie, respiration naturelle. Deux pots de tisane, deux bouillons. Le 23, réapparition de la toux et de la dyspnée, fièvre très intense. Diète, camomille le matin, limonade le soir. Le 24, apyrexie. Le 25, accès léger sans symptômes locaux. Limonade végétale, sulfate de quinine, six grains. Le 26, nouvel accès. Même traitement. Les 27, 28 et 29, apyrexie. Continuation du sulfate de quinine, bouillons. Le 31, convalescence. Soupes, pruneaux. Les jours suivants, aliments solides. Le 5 juin, vin de quinquina, que l'on continue pendant six jours. Le 8, demi-portion. Le 10, trois quarts. Le 12, portion de sortant.

M. Van-Dekèere rapporte encore une autre observation semblable recueillie l'une et l'autre dans les salles de M. Regnault, médecin en chef de l'hôpital de la Garde Royale. (*Journal univ. des sciences méd.*, t. XLVII.)

Affection catarrhale et péripneumonique, type tierce.

No 196. Un berger, nommé Jauffret, âgé de quarante-six ans, d'une forte constitution, revenant de porter un fardeau de linge mouillé sur les bords du Rhône, à un quart de lieue de son habitation, fut pris, le 26 juillet 1827, d'un violent frisson qui dura près d'une heure, et à la suite duquel il commença à éprouver un point douloureux au-dessous du sein gauche, accompagné d'une toux sèche, très fréquente, et qui le fatiguait beaucoup. S'apercevant que cette douleur augmentait d'intensité, il se mit au lit. Je vis le malade à dix heures du matin, trois heures après l'invasion du frisson; il présentait alors les symptômes suivants : rougeur vive des pommettes, toux saccadée avec expectoration purement catarrhale, dyspnée. La toux, la percussion et les mouvements inspiratoires augmentaient le point de côté; pouls fréquent et plein, peau brûlante et sèche; sonoréité des parois thoraciques dans toute leur étendue, bruit respiratoire moindre à gauche qu'à droite. Quinze sangsues sur le point douloureux, tisane d'orge gommée, looch blanc. A deux heures après midi, la toux était devenue plus fréquente; le malade expectorait des crachats rouillés, visqueux et adhérents entre eux, mais se détachant facilement des parois du vase. Il était survenu du râle crépitant à gauche dans toute l'étendue du lobe inférieur de ce côté; persistance du point douloureux, augmentation de la dyspnée. Je pratiquai sur-le-champ une large saignée, après laquelle le malade parut un peu tranquille; mais au bout d'une demi-heure, tout empira; les facultés intellectuelles se troublèrent; le malade était près de suffoquer; les crachats expectorés depuis ne se détachaient plus du vase et avaient pris une teinte rouge plus prononcée. Je ne revis le malade qu'à six heures du soir; la peau était déjà devenue moite; elle fut bientôt couverte d'une sueur abondante qui dura toute la nuit. Dès ce moment, rémission de tous les symptômes; les crachats redevinrent purement muqueux; ils se détachaient facilement du vase, quoique adhérents encore entre eux; le râle crépitant ne se faisait presque plus entendre. Le lendemain matin, la fièvre avait complétement disparu, et avec elle tous les symptômes de péripneumonie. La cessation simultanée de la fièvre et des symptômes pleuropneumoniques, le peu de succès que nous avions retiré des évacuations sanguines, la rareté ou l'absence ordinaire des affections vraiment inflammatoires dans la saison où nous nous trouvions, enfin l'épidémie de fièvres intermittentes graves qui régnait alors, me portèrent à considérer cette maladie comme une véritable fièvre pleuro-pneumonique pernicieuse. Je me hâtai donc de prescrire une poudre composée avec quinze grains de sulfate de quinine et un gros de résine de quina, à prendre dans les vingt-quatre heures. Le malade se refusa obstinément à suivre mon ordonnance, prétextant que le remède serait au moins inutile, puisqu'il ne sentait plus aucun mal. La journée du 27 se passa très bien, et cet homme se félicitait déjà de s'être montré sourd à mes représentations; mais le 28, à sept heures du matin, un frisson semblable à celui qu'il avait éprouvé le 26 à la même heure vint ouvrir la scène du second accès, plus sensible encore que le premier. La marche des symptômes, quoique graduée, fut extrêmement rapide : à midi, cinq heures après l'invasion de la fièvre, tout paraissait désespéré; gêne extrême de la respiration, voix haletante, expectoration nulle, son mat de tout le côté gauche, râle muqueux sur les clavicules, face pâle avec une légère nuance de lividité, pouls très accéléré, mais facilement déprimable; peau plutôt froide que chaude, langue humide, couverte d'un enduit brunâtre; prostration considérable. Deux sinapismes aux jambes; décoction de deux onces de quina dans huit onces d'eau, édulcorée avec deux onces de sirop de quinine A trois heures, retour de la chaleur,

pouls plus plein, moins facile à déprimer; face plus colorée, expectoration de quelques crachats rouillés extrêmement tenaces. Les autres symptômes persistent. Vers les cinq heures, la peau se couvre d'une légère moiteur; bientôt une sueur des plus abondantes s'établit; tous les symptômes diminuent et disparaissent entièrement dans le courant de la nuit. Le 29 au matin, le malade était sans fièvre; seulement le son était encore mat à la partie postérieure et inférieure gauche de la poitrine, et le bruit respiratoire ne se faisait pas aussi nettement entendre dans le lobe inférieur de ce côté. La poudre fébrifuge, que le malade avait refusé de prendre le 27, lui fut administrée dans la journée, de deux en deux heures, et par doses successivement décroissantes. La fièvre ne revint plus; la toux, accompagnée d'une expectoration purement muqueuse, mais très abondante, persista encore trois ou quatre jours, au bout desquels cet homme se trouva assez bien pour reprendre ses occupations ordinaires. (Grégoire, *Mémorial des hôpitaux du Midi*, 1829.)

Toux intermittente quarte.

N° 197. Un jeune homme âgé de dix-neuf ans, pendant le mois de janvier 1751, avait une fièvre quarte, dont les accès étaient précédés par une toux sèche qui se manifestait deux heures avant le développement de la fièvre, et qui continuait à être très forte durant chaque accès, jusqu'à l'époque de la chaleur. Pendant tout le temps que durait la chaleur, et pendant les deux jours qui séparaient les accès, le malade était calme et exempt de toux. Tout se passait de la même manière, à des intervalles déterminés, et de telle sorte que, si la toux qui précédait l'accès de fièvre était violente, la fièvre présentait beaucoup d'intensité; si la toux, au contraire, était modérée, la fièvre l'était aussi. Si, par l'usage du quinquina, l'on venait à supprimer la toux, on était sûr que la fièvre elle-même n'avait plus lieu. Si la toux, après un long intervalle de temps, se manifestait de nouveau, on pouvait s'attendre à voir la fièvre reparaître également. On pouvait d'avance reconnaître par cette toux les récidives de la fièvre qui était assez souvent occasionnée par l'intempérance du malade. (Strack, *Observat. medic. de febr. intermitt.*, obs. 41.)

Le même auteur rapporte un autre exemple semblable qu'il observa, pendant le mois de mars 1753, chez un enfant de trois ans.

Pneumonie rémittente quotidienne. (Febris intermittens phthisi pulmonali simillima.)

N° 198. Je vis, vers le milieu du mois d'avril 1753, une fille, âgée de vingt-quatre ans, qui avait perdu depuis long-temps son embonpoint, sa beauté et ses couleurs; sa face était devenue pâle, jaunâtre. On lui voyait le matin un gonflement autour des yeux produit par l'infiltration des paupières; et le soir, ses pieds étaient enflés autour des malléoles. La respiration de la malade était habituellement gênée; elle devenait douloureuse et difficile au moindre mouvement; des douleurs se faisaient ressentir dans toute la poitrine; elle toussait le matin, et surtout le soir; son pouls était petit et fréquent. Mais tous les jours, à trois heures après-midi, la malade ressentait du frisson dans les membres; il y avait exacerbation des symptômes indiqués, ensuite chaleur par tout le corps, et sueur qui avait lieu pendant la nuit, et qu'on observait particulièrement autour de la poitrine et de la tête. Cette sueur n'avait pas l'odeur qu'elle a coutume de prendre dans les fièvres intermittentes; bien loin d'avoir du dégoût pour les aliments, la malade, au contraire, les appétait plus qu'à son ordinaire. Les urines n'étaient ni

rouges, ni troubles, ni sédimenteuses; mais elles étaient ténues, limpides et de couleur naturelle.

Informé que la sœur de la malade était morte de phthisie pulmonaire, et que son père crachait habituellement du pus, je jugeai d'abord que la phthisie était héréditaire dans sa famille, et que la malade elle-même en était attaquée. Cette maladie datait du mois de septembre dernier, époque à laquelle la malade s'était refroidie en buvant de l'eau froide après s'être beaucoup échauffée en dansant; depuis ce temps elle avait toujours eu la fièvre; mais cette fièvre s'étant réglée, et ayant coutume de paraître et de cesser périodiquement à des époques déterminées; observant d'ailleurs que les moyens qu'on avait employés contre elle avaient été sans succès, puisque la malade n'avait cessé de maigrir et avait été exténuée par la maladie, je reconnus que cette femme était atteinte d'une fièvre intermittente, qui se *cachait* sous une *apparence* de phthisie; parce que la cause de cette dernière maladie avait aussi coutume de produire des fièvres intermittentes; parce que la phthisie pulmonaire avait des redoublements périodiques; enfin parce qu'il était survenu du dégoût pour les aliments, et que l'urine était devenue rouge et briquetée. Je me décidai donc à faire administrer, à forte dose, le quinquina, qui arrêta très promptement la fièvre dont il s'agit; je conseillai ensuite à la malade de faire usage de cette écorce pendant assez long-temps. La malade ayant suivi mon conseil, ne tarda point à reprendre son embonpoint, et à voir couler avec abondance ses règles qui étaient arrêtées depuis quatre mois. (Stract, *Observ. de febr. intermitt.*, obs. 58.)

Pleuro-pneumonie intermittente quotidienne.

N° 199. Une femme, âgée de soixante-quatre ans, d'un tempérament faible et humide, sujette à des catarrhes tenaces, eut durant sa jeunesse de fréquentes migraines, et fut souvent affectée de fièvre tierce qui céda toujours à l'usage du quinquina.

Cette femme était malade depuis huit jours, lorsque le docteur Mattheï fut appelé pour lui donner des soins. Ce médecin reconnut une fièvre quotidienne dont les accès commençaient à trois heures après le dîner, et se prolongeaient jusqu'au lendemain matin. Il observa durant les accès les symptômes suivants : froid, tremblements, pouls fébrile; toux vive et suffocante; douleur aiguë, pongitive dans le côté droit de la poitrine; crachats muqueux légèrement teints de sang; respiration courte, laborieuse et pénible; situation verticale du tronc et impossibilité d'en prendre toute autre; langue aride; soif extrême, nausées; urines pâles; sentiment obtus; douleur gravative de la tête, et abattement général.

Aux symptômes précédents succédaient une chaleur générale, un pouls large, mou et ondoyant; enfin la moiteur de la peau annonçait la sueur qui terminait l'accès. Pendant que la chaleur s'établissait, tous les symptômes qui s'étaient présentés durant la première période de l'accès diminuaient successivement et finissaient par disparaître après d'abondantes sueurs. Mattheï prescrivit à la malade l'usage du quinquina en poudre, sous forme de mixture avec le laudanum, à la dose d'une demi-once en quatre prises. Les deux dernières prises furent rejetées; néanmoins l'accès suivant fut moins intense et moins long; deux gros d'extrait de quinquina dissous dans une eau spiritueuse et unis à un demi-gros d'éther sulfurique, parvinrent à supprimer la fièvre, la toux, le point de côté, la difficulté de respirer, etc.; on continua l'usage du quinquina en décoction pendant huit jours, et la malade fut entièrement guérie. (*Journal de la société médico-chirurgicale de Parme,* t. II.)

On trouve dans le même tome de ce journal une observation semblable à la précédente, recueillie par le docteur Ange Bonardi, avec cette différence que le type de la phlegmasie et de la fièvre était tierce au lieu d'être quotidien, et que l'auteur est parvenu à la guérir à l'aide des antiphlogistiques seulement, bien que l'intermittence fût manifeste.

Les auteurs de ces deux observations en font des fièvres *essentielles* quotidienne et tierce, *compliquées* de pleurésie.

Péripneumonie rémittente quotidienne. (Fièvre pernicieuse dypsnéique.)

N° 200. Pierre Comet, menuisier, âgé de trente-deux ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, jouissant d'une bonne santé, éprouva, le 10 septembre 1822, sur les six heures du soir, un vif frisson, une toux très intense et une grande difficulté de respirer. Il passa une très mauvaise nuit; il fut obligé de rester assis sur son lit. Le 11 au matin, il se trouva mieux, mais il devint très mal vers les cinq heures de l'après-midi. Je fus appelé pour lui donner mes soins. Voici ce qu'il me présenta : toux très opiniâtre, respiration difficile et très laborieuse, impossibilité de rester couché, pouls dur et fréquent, langue sèche. Un vif frisson avait précédé ces symptômes. Saignée du bras, eau de poulet édulcorée avec le sirop d'orgeat, lavement émollient.

Le 12 au matin, la toux et la dyspnée avaient cessé; la langue était belle et humide. Le malade mouilla deux chemises. Même boisson, diète absolue, lavement. A trois heures après-midi la scène était totalement changée. Froid très vif, toux sèche et extrêmement fatigante, respiration très difficile, pouls très fréquent, langue sèche. Ces symptômes allèrent en croissant jusqu'à dix heures du soir; ils disparurent à quatre heures du matin. Sinapismes aux pieds, looch gommeux, même boisson. Le 13 au matin, je trouvai le malade assez bien. Il avait mouillé trois chemises; il était très abattu; il souffrait encore un peu de la poitrine. Sa langue était nette et humide. L'intermittence manifeste des redoublements me fit soupçonner une fièvre pernicieuse qu'il était instant d'enrayer, attendu que le dernier accès avait anticipé de deux heures et qu'il avait failli emporter le malade. Je prescrivis douze grains de sulfate de quinine que je divisai en trois prises, et qu'on donna en trois fois à deux heures de distance, dans une solution de gomme arabique; la dernière prise fut donnée à dix heures. Le looch et la même boisson furent continués. A midi et demi l'accès revint, il fut très violent; il dura jusqu'à onze heures. La toux seulement fut moins fatigante. Looch gommeux. Le 14 au matin, mieux-être très sensible. Je prescrivis huit grains de sulfate de quinine, qu'on donna sous la même forme. L'accès revint à neuf heures; il fut très court et beaucoup moins violent; il cessa à trois heures. Le malade sommeilla. Le 15, quatre grains de sulfate de quinine. L'accès manqua; la nuit fut calme.

Le 16, Pierre Comet était parfaitement bien. Il prit deux bouillons. Depuis cette époque, il jouit d'une excellente santé. Les accès n'ont pas reparu. Il a recouvré son appétit et ses forces. (Lavielle, *Journal général de méd.*, t. LXXXVII.)

Pneumonie intermittente quotidienne.

N° 201. Le docteur Borville fut appelé pour voir, à Saint-Brice, le nommé Forel, âgé de soixante-huit ans, d'une constitution sanguine et nerveuse, habitant un endroit marécageux, journellement exposé aux alternatives d'une température fraîche le matin, très chaude à midi, froide et humide le soir. Ce malade, depuis trois jours, était attaqué régulièrement vers trois heures après-midi d'un accès présentant les symptômes suivants :

frissons de deux heures, chaleur générale, douleur fixe et profonde vers la partie latérale droite et moyenne du thorax, oppression, respiration petite et fréquente, toux, expectoration de crachats sanguinolents, son un peu mat, râle crépitant bien sensible au stéthoscope vers le côté malade; respiration puérile au-dessus et au-dessous de ce même endroit, rougeur de la pommette droite, céphalalgie, pouls fréquent, dur, un peu serré; soif, nausées légères; langue rouge sur les bords et à la pointe, blanche au centre, palpitations épigastriques, urines rouges. La chaleur et les sueurs survenaient ensuite avec la diminution progressive des symptômes précédents, durant la dernière période de l'accès, le malade rendait des urines à sédiment briqueté, et, à l'exception d'une grande faiblesse, il ne souffrait point durant l'intermittence, qui durait environ depuis quatre heures du matin jusqu'au moment de l'accès.

Les adoucissants avaient été prescrits et une saignée pratiquée au malade par M. Hernu, quand M. Borville fut appelé en consultation. Ils reconnurent ensemble la nature inflammatoire et la marche intermittente de la maladie, qui fut combattue avec succès par les applications de sangsues sur les points douloureux, par les boissons adoucissantes, et le sulfate de quinine administré à la dose de dix grains une heure après la sueur, la langue était large et pâle, la soif nulle, et tous les symptômes d'irritation avaient cessé. Le malade, soumis à un régime convenable et soustrait aux variations atmosphériques, ne tarda pas à être entièrement guéri. (*Annales de la méd. physiol.*, t. IX.)

Pleuro-pneumonie quotidienne.

No 202. Mathurine Chauvau, orpheline, âgée de dix sept ans et demi, maigre, pâle et peu développée, fut reçue à l'hôpital des enfants malades, le 7 février 1818. Elle avait eu déjà quelques accès de fièvre, et peu de jours après son arrivée, elle fut prise d'un frisson qui, après une demi-heure de durée, fit place à la chaleur fébrile, qui fut elle-même suivie d'une abondante sueur. Cinq heures comprirent la totalité de l'accès. Dès lors les accès se répétèrent peu régulièrement, se rapprochant un peu du type quarte; ils paraissaient vers le soir, et chaque fois avançaient davantage dans la nuit. On administra chaque jour deux gros de quinquina, divisés en trois doses. Un ou deux accès reparurent, mais très courts et très faibles, et suivis d'une apyrexie complète pendant dix à douze jours. L'usage du quinquina avait été abandonné depuis trois ou quatre jours, lorsque se montra vers midi un accès assez violent. Le quinquina fut ordonné le lendemain, mais la deuxième prise en fut vomie (le frisson avait déjà saisi la malade), et l'accès se décida à onze heures du matin; en même temps se développa une douleur assez forte avec toux et dyspnée peu considérable; ces symptômes se dissipèrent avec la sueur. Le jour suivant, 22 février, troisième accès vers la même heure; le quinquina est encore vomi; la douleur qui s'était montrée la veille reparaît avec beaucoup plus d'intensité; la respiration et la parole sont entrecoupées, la dyspnée est considérable à cause de l'accroissement de douleur qui accompagne les mouvements du thorax; la percussion donne un son clair (pleurésie), et cause de la douleur; le pouls est fréquent et dur. Boissons pectorales, émulsions, etc.; six sangsues sont appliquées sur le point douloureux; la fièvre devient continue, la douleur persiste et l'anxiété s'accroît de plus en plus; la malade peut à peine parler. Le matin du 23 février, on applique un vésicatoire *loco dolenti*. Le mal augmente d'une manière sensible, et le soir le malaise est extrême. Les deux jours suivants, les souffrances diminuent, mais le pouls faiblit; la toux cause toujours beaucoup de douleur. Le 26 février au soir, le pouls est inégal, d'une excessive fréquence; la malade est couchée sur le côté droit. La pâleur, qui n'a cessé que passagé-

rement dans les paroxysmes fébriles, est maintenant excessive; la peau est toujours sèche, mais la chaleur en est modérée. Dans la nuit, accroissement de la prostration; la malade s'éteint peu à peu.

Examen anatomique. — Le 28 février au matin, pâleur générale, flaccidité des membres; signes de puberté peu apparents. Le côté droit du thorax contenait environ une demi-livre de sérosité trouble et chargée de flocons albumineux; une couenne grisâtre couvrait le poumon et la plèvre costale; le poumon droit était compacte, grisâtre et solide dans sa totalité; on en déchirait aisément le tissu, il gagnait le fond de l'eau. Tous les autres organes paraissaient sains; le canal digestif n'offrait aucune lésion visible; l'anus était environné d'ulcérations et d'excroissances lisses, arrondies et de couleur bleuâtre. (Dugès. *Essai physiol. pathol. sur la nat. de la fièvre*, etc., t. II.)

Pleurésie rémittente quotidienne.

No 203. Mademoiselle L***, âgée de douze ans, d'une taille élevée, habitant une maison bâtie sur le penchant d'une colline, jouissait habituellement d'une santé délicate; elle éprouva, vers le mois d'avril dernier, un catarrhe pulmonaire, accompagné tous les soirs de légers redoublements fébriles. L'usage des boissons chaudes mucilagineuses dissipa au bout de quelque temps cette incommodité, et la petite malade, parfaitement rétablie, reprit ses courses habituelles : ce ne fut pas sans en abuser ; elle les prolongea un soir, une heure après le coucher du soleil, et resta exposée tout ce temps à la fraîcheur de l'air. La nuit, fièvre violente avec douleur intense au côté du thorax, chaleur brûlante, langue sèche et rouge, forte altération; tel fut l'état dans lequel je trouvai la malade. Le soir, application de huit sangsues sur la douleur; cataplasme émollient après la chute des sangsues. Une abondante effusion de sang occasionna plusieurs syncopes qui alarmèrent les parents. L'écoulement cessa bientôt, et la malade, reprenant ses sens, n'éprouva sur le côté douloureux qu'un léger sentiment d'embarras. La fièvre a presque entièrement disparu. Le lendemain survient un nouveau redoublement qui ramène la douleur et la toux, mais à un moindre degré que la veille. A la chute du redoublement qui avait lieu vers le milieu de la nuit, la malade dormait d'un sommeil paisible, et ne toussait qu'à de longs intervalles. A son réveil, le mieux se soutenait et se prolongeait jusqu'à midi. La douleur thoracique avait cédé aux sangsues, et n'avait été que faiblement ressentie dans les redoublements consécutifs. Nous espérions conduire la malade à la guérison par l'usage seul des boissons mucilagineuses, quand le troisième accès nous désabusa. Tous les symptômes du premier reparurent; la douleur thoracique fut remplacée par un délire violent; dès lors plus d'incertitude sur les moyens propres à prévenir le danger. Ne pouvant administrer le sulfate de quinine à l'intérieur, nous suppléâmes par une solution de ce sel dans l'alcool affaibli, qu'on employa en frictions sur la partie interne des cuisses. Au déclin du redoublement, elles furent commencées et reprises trois fois dans le temps de la rémission ; on employa dans l'intervalle d'un redoublement à l'autre, douze grains de sulfate de quinine, dans cinq onces d'eau-de-vie. Cette médication fut suivie d'un succès inespéré. Le redoublement suivant fut moins violent et moins long que le premier. Douze autres grains de sulfate de quinine furent encore employés comme les premiers, et la fièvre disparut sans retour. On continua encore les frictions en moindre dose, pendant huit jours. (Descrimes. *Revue médicale.*)

Pleurésie intermittente quotidienne.

No 204. Roch Antoine, deux heures après son entrée à l'hôpital, est pris d'un frisson violent avec douleur pongitive au côté droit de la poitrine. Tous

les phénomènes d'un accès de fièvre se développent successivement. Il se termine sur les cinq ou six heures du matin; avec lui disparaissent le point de côté et quelques crachats écumeux et sanguinolents : mais le son de la poitrine demeure obscur dans l'endroit affecté. Saignée et hydromel; bonne journée. Le lendemain, dans l'après-midi et à la même heure, retour des mêmes phénomènes : confirmation du caractère intermittent de cette phlegmasie. Sur le déclin de l'accès, trente sangsues au-dessous du mamelon droit, hémorrhagie abondante. Troisième accès moins intense et sans crachement de sang. Sulfate de quinine. Convalescence. (Chauffard. *Traité sur les fièvr.*)

Pleurésie rémittente quotidienne.

No 205. Le 21 janvier 1811, Guillaume Berault, garçon boulanger, âgé de vingt-six ans, d'un tempérament sanguin et athlétique, sortant de son travail et tout en sueur, s'expose brusquement à un air extrêmement froid. Aussitôt frissons, lassitudes spontanées, chaleur ardente, point pleurétique, pouls fort, dur et développé, toux sèche avec expectoration d'un peu de mucosité sanguinolente. Le lendemain de l'invasion de la maladie, une saignée du bras, réitérée le soir, sembla calmer les accidents. Le jour suivant, au matin, apyrexie; mais à raison d'une complication gastrique bien prononcée, il fut administré au malade un grain de tartrate de potasse antimonié, qui provoqua de nombreuses évacuations biliformes par haut et par bas. Il passa la journée assez tranquillement; la fièvre était légère, et la douleur de côté supportable. Le petit-lait et une tisane gommeuse étaient la boisson du malade. Le soir, exacerbation avec augmentation de tous les accidents. La douleur latérale devint insupportable, au point que le malade ne pouvait presque pas respirer. Une troisième saignée, fomentations émollientes sur le côté, lavement. Ces moyens apportèrent un peu de soulagement; néanmoins la nuit fut fort agitée. Le 3, au matin, la douleur de côté était devenue plus violente, on y appliqua six sangsues, et, après leur effet, un emplâtre-vésicatoire de la largeur de la main. L'expectoration était presque nulle, les urines claires et abondantes, les selles rares et bilieuses. Vers le soir, redoublement violent, cependant avec diminution de la douleur latérale; nuit agitée, léger délire. Le 4, au matin, apparition d'une douleur aiguë et pulsative dans la région lombaire, suppression des urines. L'emplâtre-vésicatoire fut levé; il n'avait produit qu'une légère rubéfaction. Boissons émulsionnées, bols nitrés et camphrés. Vers le soir, la douleur lombaire devint atroce; un demi-bain sembla la calmer; elle reprit bientôt plus d'intensité. Enfin le malade, dans un état voisin du délire, sentit le besoin d'uriner, et rendit par l'urètre, en une seule fois, près d'une chopine de sang vermeil et sans aucun mélange. Dès ce moment tous les accidents se calmèrent, et la maladie fut jugée. Le 5, les urines reparurent; elles furent teintes de sang, pendant quelques jours. Enfin, la convalescence fut courte, et le malade recouvra bientôt son ancienne vigueur. (Gable, chirurgien en chef de l'hospice de la Maternité d'Orléans.)

Pleurésie intermittente quotidienne.

No 206. La femme Gantheaume, âgée de quarante-six ans, d'un tempérament sanguin, sujette depuis quelques années à des hémorrhagies utérines extrêmement abondantes, sans lésion apparente de la matrice, éprouvait, depuis deux jours, les symptômes d'une pleurésie simple, se manifestant par accès quotidiens. Un frisson vif, mais de courte durée, accompagné de bâillements et de pandiculations, annonçait l'invasion de la fièvre; bientôt

après il se déclarait un point de côté dans la mamelle droite, lequel augmentait d'intensité avec l'accès, puis diminuait et disparaissait avec lui.

Appelé auprès de la malade le 25 mai 1826, vers le milieu de son troisième accès, j'observai les symptômes suivants : décubitus sur le dos; impossibilité de se coucher sur le côté droit; face rouge, respiration fréquente, accélérée, difficile; toux sèche; douleur poignante sous la mamelle droite; pouls fréquent, développé, ayant néanmoins quelque chose de dur; peau chaude et halitueuse. La malade demandait avec instance qu'on lui tirât du sang. Le tempérament sanguin de cette femme, la saison du printemps et l'absence de symptômes graves dans le petit nombre de fièvres qui régnaient à cette époque, me déterminèrent à faire une saignée de quatre palettes par une large ouverture pratiquée à la veine médiane. La saignée générale fut immédiatement suivie de l'application de douze sangsues sur le point douloureux. Ce traitement n'apporta aucune modification avantageuse à la marche ni à la durée des phénomènes morbides; les symptômes pleurétiques continuèrent à augmenter d'intensité jusqu'au déclin de la fièvre, et disparurent complétement avec elle, comme dans les paroxysmes précédents. Dix grains de sulfate de quinine, mêlés à demi-gros de résine de quina, furent administrés dans l'intervalle apyrétique. L'accès revint le lendemain beaucoup moins fort que celui de la veille, mais ce fut pour la dernière fois, bien que la malade ne prît point de nouvelles doses de fébrifuges. La convalescence fut de courte durée, il n'y eut pas de rechute. (Grégoire, *Mémorial des hôpitaux du Midi*, 1829.)

Pleurésie rémittente double-tierce. (Tertiana remittens duplicata sub veræ et sævæ pleuritidis larvâ.)

No 207. La femme de mon boucher, âgée de soixante ans, s'étant exposée à la fraîcheur de la nuit, après s'être échauffée par un grand exercice, fut prise de frisson, de froid, auquel se joignirent après quelque temps une chaleur intense, une douleur violente au côté droit de la poitrine qui s'étendait jusqu'à l'épine du dos, une toux fréquente, sèche, qui augmentait considérablement la douleur; la respiration était courte, douloureuse, presque impossible; la malade passa une nuit pénible et sans sommeil. Ayant été appelé le lendemain, je conçus parfaitement la cause de sa maladie, et lui ayant trouvé le pouls plein, très dur, très fréquent, la langue blanche et sèche, je ne doutai pas que la malade n'eût une véritable pleurésie. C'est pourquoi je fis tirer du sang au bras du côté affecté et appliquer un cataplasme émollient sur l'endroit douloureux; le sang présenta une couenne inflammatoire très épaisse; à l'aide de ces moyens, les symptômes se calmèrent.

Vers une heure après midi, tous les symptômes de douleur, de chaleur, de toux, de fièvre, etc., reparurent après un léger frisson. Le pouls étant aussi dur et aussi plein qu'auparavant, j'eus de nouveau recours à la saignée et à tous les autres moyens. Le sang présenta de nouveau la couenne inflammatoire. Vers le soir, rémission de tous les symptômes. Le lendemain, 28 octobre 1760, le frisson, la douleur, la chaleur, la toux, etc., se manifestèrent de nouveau, mais avec beaucoup plus d'intensité. La malade passa une très mauvaise nuit. Le jour suivant, rémission; mais vers midi, nouvelle exacerbation de tous les symptômes. Je fis seulement renouveler l'application du cataplasme, j'administrai des boissons rafraîchissantes et nitrées. Je n'eus plus recours à la saignée, soit parce que les forces de la malade étaient assez diminuées, soit parce que la marche périodique de la maladie et le sédiment briqueté des urines me firent reconnaître qu'il ne s'agissait point d'une pleurésie avec une fièvre aiguë continue, mais bien d'une fièvre intermittente qui *se cachait* sous le *masque* d'une pleurésie. En conséquence, je fis prendre

une once entière de quinquina sous forme de mixture avant le retour du paroxysme suivant. Elle ne ressentit durant la nuit qu'une grande chaleur, sans augmentation de la toux et du point de côté. Ayant fait continuer le même remède le lendemain, l'exacerbation qui devait avoir lieu ce jour-là fut à peine marquée.

L'usage du quinquina fut continué, et en peu de jours il n'y eut plus ni toux, ni douleur, ni chaleur, ni fièvre; la malade fut parfaitement rétablie. (Lautter, *Hist. medic. bienn. marbr. rural., casus* 9.)

Pleurésie rémittente tierce. (Tertiana remittens simplex cum inflammatorio dolore lateris.)

N° 208. Un ouvrier de Luxembourg, âgé de trente ans, d'un tempérament sec, était occupé à battre le blé le 6 octobre 1760, lorsqu'il fut pris, vers les cinq heures du soir, de frissons, de froid, puis d'une courte chaleur, d'une soif intense, et d'une douleur très vive au côté gauche de la poitrine qui gênait beaucoup la respiration. Le malade, forcé de quitter son travail, va se mettre au lit; tous les symptômes indiqués persistent près de dix-huit heures, après quoi ils cessent en grande partie. Le 8, le mieux est encore plus sensible, et le malade, quoique faible, et ressentant encore un peu de douleur au même côté de la poitrine, essaie de reprendre son travail; mais vers le soir, tous les symptômes du précédent accès reparaissent; le malade se remet au lit et me fait appeler pour lui donner des soins. Je lui trouvai beaucoup de fièvre, le pouls dur, la respiration courte, difficile, douloureuse, et un point de côté très aigu.

D'après l'histoire de la maladie, je pensai que c'était une fièvre intermittente qui se *cachait* sous la *forme* d'une violente pleurésie. J'ordonnai qu'on pratiquât une saignée de dix onces au bras du côté malade. Le sang se couvrit d'une couenne inflammatoire.

Je fis appliquer sur l'endroit douloureux un cataplasme émollient qui devait être souvent renouvelé; je prescrivis à l'intérieur une décoction d'orge, avec oxymel simple et le nitre. A l'aide de ces moyens, la douleur de côté et la difficulté de respirer diminuèrent beaucoup; cependant il n'y eut pas de sommeil durant la nuit, le malade ressentit beaucoup de chaleur et de soif. Le jour suivant le pouls est bien moins fréquent, il n'est plus dur; la douleur de côté est toujours sensible; les urines, très rouges, déposent un sédiment briqueté. Je fais continuer les mêmes remèdes. Vers le soir, je trouvai le malade dans le même état, ainsi que le lendemain matin; les urines étaient comme la veille. Le quinquina eût été indiqué; mais comme il ne restait pas assez de temps pour le donner avant l'accès suivant, je ne pus l'empêcher de revenir à l'heure ordinaire avec tous les symptômes indiqués. Je fis renouveler la saignée, le cataplasme et tous les autres moyens. Dès que l'accès fut terminé et la rémission établie, le malade se mit de suite au quinquina dont il avait pris une once entière, lorsque l'exacerbation suivante eut lieu, mais avec une douleur de côté beaucoup moins vive, et des symptômes en général beaucoup plus légers. Il continua l'usage du quinquina, et fut délivré entièrement de sa maladie. (*Idem, ibidem, casus*, 5.)

Péripneumonie intermittente tierce. (Febris intermittens peripneumoniam acutissimam simulans.)

N° 209. Un menuisier était pris le matin de tremblement, de froid, et d'une douleur dans le côté gauche de la poitrine qui était encore très violente, lorsque Morton fut appelé auprès de lui vers la fin de la journée. Un froid glacial était répandu par tout son corps; il était exténué de faiblesse et sur le point d'être suffoqué, comme les individus affectés de péripneumo-

nie. Lorsque ce médecin arriva, il jugea par la toux sèche qui avait eu lieu, par la difficulté de respirer, par les envies de vomir, par la douleur très violente ressentie dans la région de la plèvre et du poumon, enfin par la violence de tous les symptômes et leur retour périodique, qu'ils étaient dus au *venin* de la fièvre intermittente.

Après l'administration d'un lavement carminatif, Morton fit tirer dix onces de sang au bras gauche du malade, et lui prescrivit différents remèdes, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur, tels que fomentations, liniment, julep cordial avec quelques gouttes de laudanum, décoction pectorale, etc. Le calme revint, le pouls reprit promptement de la force, la douleur de côté cessa, et le malade fut pris d'une chaleur universelle qui fut suivie de sueur vers le milieu de la nuit; la respiration devint libre, les forces revinrent, et le paroxysme terminé, le malade put se livrer au sommeil.

Le lendemain, l'examen des urines fit voir qu'elles étaient rouges et briquetées. On ordonna promptement une potion fébrifuge pour prévenir l'accès qui devait avoir lieu le jour suivant. On fit répéter l'administration du quinquina toutes les quatre heures, en ajoutant à la potion du soir un grain de laudanum, jusqu'à ce que les urines eurent repris leur couleur naturelle, ce qui arriva au bout de deux jours. Aucun accès n'étant revenu, le malade était en pleine convalescence le quatrième jour. On ne lui conseilla plus aucun remède, si ce n'est de prendre encore du quinquina après dix jours pour éviter une rechute. Mais ayant négligé cet avis, il en porta la peine au bout de quinze jours, car il fut attaqué d'une fièvre légitime qui ne fut point, il est vrai, accompagnée de symptômes violents du côté de la poitrine. On lui administra de nouveau le quinquina qui supprima la fièvre sans retour. (Morton, *Opera omnia, hist.* 21.)

Pleurésie intermittente tierce.

N° 210. Un homme adonné au vin, âgé de cinquante ans, fut pris, le 14 mai 1753, d'un frisson, bientôt suivi de chaleur; en même temps, une douleur très aiguë se fit sentir dans le côté gauche de la poitrine. La saignée et les autres moyens usités dans les affections pleurétiques, furent mis en usage. A la fin de l'accès, qui dura tout le jour, il y eut une sueur abondante qui répandit beaucoup d'odeur, et l'urine déposa un sédiment briqueté; le jour suivant, apyrexie complète. Le surlendemain, nouvel accès pareil au premier, mais à la fin duquel les lèvres se couvrirent d'une éruption croûteuse. Dès lors la douleur de côté et la fièvre cessèrent entièrement. (Strack, *Observ. de febrib. intermitt*, obs. 32.)

L'auteur rapporte encore d'autres observations analogues à celle-ci.

Pleurésie intermittente tierce.

N° 211. Le 9 avril 1808, mademoiselle D***, âgée de sept ans, éprouva, après le dîner, un frisson pendant lequel elle vomit ses aliments avec des matières bilieuses, et eut quelques mouvements convulsifs. Les parents alarmés, et se trouvant à deux lieues de la ville, administrèrent sur-le-champ l'ipécacuanha, qui produisit encore cinq à six vomissements. La fièvre se développa durant toute la nuit, et diminua le lendemain après une petite sueur. Le soir, redoublement avec frisson, toux sèche et fréquente, bouche amère et langue chargée, mais sans envie de vomir. Le lendemain, rémittence. Cette maladie se conduisit ainsi jusqu'au 15. Ce jour-là, l'accès du soir manqua totalement; mais le lendemain 16, nouvel accès qui commence par un léger refroidissement des extrémités inférieures, et durant lequel l'enfant tousse continuellement, se trouve très agitée, oppressée, et se plaint d'un violent point de côté sous le mamelon droit; le pouls est dur et petit. Le 17, tous les accidents cessent; il y a apyrexie toute la journée; la petite

malade demande à manger. Le 18, la fièvre revient avec tous les symptômes de toux, de difficulté de respirer, etc., que je viens de décrire. Le 17, apyrexie, administration du vin de Séguin, qui ne fait que diminuer le troisième accès, lequel a lieu le 20 ; mais le quatrième ne revient pas. On continue le vin de Séguin, et la malade se rétablit promptement. (Arloing, *Journal général de méd*, t. LVIII.)

Pleuro-pneumonie intermittente tierce. (Fièvre pernicieuse pleuro-pneumonique.)

No 212. Pourrière, cordonnier à Lançon, âgé de vingt-cinq ans, d'un tempérament bilieux, fut atteint, le 8 décembre 1783, d'une forte fièvre accompagnée d'un abattement général, d'une lassitude excessive, d'un grand mal de tête, d'une toux considérable, de difficulté de respirer et d'oppression ; cet état dura toute la nuit. Le 9 au matin, les symptômes, qui semblaient caractériser une pleuro-pneumonie, avaient fait place à des signes putrides. Le pouls était plein, fréquent et mou ; on prescrivit une boisson copieuse de décoction d'orge nitrée. Le malade fut tranquille toute la journée; le soir, lavement émollient; la nuit fut calme. Le 10 au matin, les symptômes qui avaient affecté la poitrine le 8 recommencèrent avec la même force, pour disparaître encore dans le courant de la nuit. Comme la langue était blanche et pâteuse, les excréments fétides, etc., on fit prendre au malade, le 11, une dissolution de six onces de manne en deux verres; ce qui procura cinq selles copieuses de matières verdâtres et d'une odeur insoutenable ; la nuit fut tranquille, quoique sans sommeil. Cela n'empêcha pas les symptômes inflammatoires de reparaître le 12; ils étaient accompagnés d'une douleur poignante au côté droit, sur lequel on fit faire des onctions avec l'onguent d'althæa. On ordonna un looch avec l'huile d'amandes douces, la décoction de bourrache et trois grains de kermès minéral. Le 13, on réitéra l'usage de la manne. Le 14, mêmes symptômes. Dans la nuit, saignement de nez abondant qui reparut encore le 16, le 18, le 20 et le 22. La mollesse du pouls détourna toujours le médecin qui traitait le malade d'avoir recours à la saignée. Les redoublements alternatifs et réguliers se continuèrent comme il a été dit jusqu'au 29 décembre; les symptômes pleurétiques reparurent toujours régulièrement avec eux jusqu'à ce jour. La fièvre ne disparut parfaitement que le 7 janvier, époque à laquelle le malade entra en convalescence. (Archier, *Journal de médecine*, année 1784, t. LXI.)

Pneumonie avec exacerbations sous type tierce. (Fièvre tierce essentielle.)

No 213. Brera, célèbre médecin de Pavie, fut appelé auprès d'un sexagénaire, qu'on disait atteint d'une fièvre tierce opiniâtre et rebelle au quinquina. La régularité du paroxysme fébrile et la coïncidence de l'automne ne concouraient pas peu à induire en erreur. Le malade se plaignait d'une toux sèche et d'une grande difficulté de respirer qui s'exaspérait tous les matins au début du paroxysme. Ses jambes étaient enflées, le pouls intermittent. Brera ne balança point à prononcer que cette fièvre était symptomatique de l'affection du poumon. Il conseilla de cesser l'usage du quinquina, surtout à haute dose, et prescrivit un traitement adoucissant et antiphlogistique. Le malade ne tint pas compte des conseils de ce praticien, et se livra entre les mains d'un médecin qui continua de lui administrer des fébrifuges. Les tubercules qui s'étaient développés dans le poumon s'enflammèrent. Les accidents devinrent plus graves, et le malade mourut.

On ouvrit son cadavre, et l'on trouva toute la substance du poumon par-

semée de tubercules venus en suppuration, et ayant formé comme de petites vomiques, ainsi qu'on le voit dans les poumons des personnes mortes d'une véritable phthisie. (*Journal de médecine de Sédillot*, t. XXXII.)

Accès péripneumonique suivi d'un accès gastrique sous type tierce.

N° 214. M de C***, capitaine d'infanterie, grand, maigre, brun, usé par vingt années d'un service actif, s'était livré avec ardeur aux travaux des champs pendant l'été de 1822, toujours exposé à l'action d'un soleil brûlant et dans un lieu entouré de marais. Le 22 septembre 1822, il ressentit vers le soir un frisson trés prononcé, qui fut bientôt remplacé par une chaleur trés intense. Appelé le lendemain matin, je notai les symptômes suivants : toux fréquente, douloureuse, déchirante ; sentiment d'ardeur brûlante entre les épaules, oppression considérable; son mat rendu par les deux côtés du thorax, surtout le droit; crachats muqueux, striés, visqueux ; douleur de tête modérée; figure animée; peu de soif, langue naturelle; aucun signe d'irritation gastrique; ventre libre, chaleur halitueuse de la peau; pouls plein, dur, accéléré. Croyant reconnaître une irritation intense de l'appareil pulmonaire, je fis pratiquer une forte saignée; le malade fut mis à la diète et à l'usage d'une boisson émolliente. Une sueur abondante ne tarda pas à se déclarer. Le 24, je trouvai M. de C*** sans fièvre; il respirait librement, ne toussait plus et demandait à manger. Le thorax percuté rendait un son très clair. Je fus surpris de la promptitude avec laquelle cette inflammation pulmonaire avait cédé à une saignée. Instruit par l'expérience, je me tins sur mes gardes, soupçonnant une irritation intermittente. En effet, à quatre heures du soir, frisson léger, et presque au même instant cardialgie violente; vomissements bilieux avec efforts violents. Bientôt la chaleur se développa avec une grande intensité, la céphalalgie devint insupportable, la soif ardente, la langue sèche et rouge.

Un médecin appelé en mon absence, reconnaissant une gastrite, fit appliquer vingt sangsues sur l'épigastre, et ensuite plonger le malade dans un bain tiède Le 25, je trouvai M. de C*** dans l'état suivant : adynamie musculaire profonde, coucher en supination, entendement très affaibli, voix éteinte, figure profondément altérée, stupeur, les paupières entr'ouvertes et ne laissant apercevoir que le blanc des yeux; soubresauts dans les tendons; langue un peu humide, mais excessivement rouge, surtout vers la pointe qui est comme lancéolée ; gémissements continuels, hoquet, vomissement des boissons; respiration plaintive, sans toux ni douleur à la poitrine; le pouls misérable, peu accéléré; peau froide, couverte d'une sueur glacée, visqueuse. Je ne pouvais méconnaître les signes d'une violente phlegmasie de l'estomac propagée à l'encéphale; et l'intervalle apyrétique qui avait existé depuis la cessation de l'irritation pulmonaire, jusqu'à la manifestation de l'inflammation gastrique, annonçait avec autant d'évidence que j'avais à combattre une affection intermittente.

Le danger me parut si grand, que je ne balançai pas à profiter d'une faible rémission pour administrer le quinquina; mais je n'étais pas sans inquiétude sur les conséquences que produirait l'impression du fébrifuge sur la membrane muqueuse gastrique encore fort irritée. Comme il n'avait existé aucun symptôme de colite, je résolus de donner ce remède en lavement; mais en même temps je tentai d'opérer une révulsion de l'irritation interne, par une application de sinapismes aux extrémités inférieures, et des frictions sur les membres avec la teinture alcoolique de quinquina. Le malade fut mis à l'usage d'une limonade gommeuse, bue froide et par petites doses. Pendant la nuit on put injecter par le rectum près de deux onces de l'écorce du Pérou.

Le lendemain matin 26, le pouls étant apyrexique, la langue humide et moins rouge, les vomissements ayant cessé, la rémission, en un mot, étant telle qu'on pouvait le désirer, je fis encore prendre au malade neuf grains de sulfate de quinine en trois bols. L'estomac les supporta péniblement. La journée fut excellente, je crus le malade sauvé; cependant vers sept heures du soir, un nouvel accès s'annonça, il fut semblable à celui du 24, mais moins violent; il rendit nécessaire une seconde application de sangsues, et se termina le lendemain par une sueur très prolongée; ce fut le dernier; le malade se rétablit promptement. (Dufau, *Journ. gén. de méd.*, t. XCX.)

Pleurésie intermittente tierce.

No 215. Le docteur Reis rapporte qu'un soldat de la garnison d'Irun, en Espagne, âgé de vingt-quatre ans, d'un tempérament sanguin et jouissant ordinairement d'une bonne santé, après s'être occupé la veille à un travail pénible auquel il n'était point habitué et qui l'avait fait suer considérablement, malgré la pluie qu'il ne cessa presque point de recevoir, alla le soir boire au cabaret l'argent qu'il avait gagné, tomba malade, et présenta les symptômes suivants : face animée, yeux saillants et clairs, sueurs considérables sur toute la surface de la peau, accompagnées d'un sentiment de froid que les couvertures ne dissipent point; abattement et lassitude générale, douleur vive et lancinante au-dessous du téton gauche, rendant l'inspiration pénible, courte et fréquente; toux accompagnée de quelques crachats muqueux; pouls un peu fréquent, dur, mais assez développé; langue blanchâtre, humectée; soif modérée, point d'appétit. Diète absolue, décoction d'orge. Ayant reconnu la veille une pleurésie bien dessinée, M. Reis fut très étonné le lendemain de voir que le malade ne conservait plus qu'un peu de faiblesse, de pâleur et d'anorexie, un léger sentiment de gêne au côté, et seulement dans les grandes inspirations; il était si bien, que le lieutenant de la compagnie crut qu'il feignait d'être malade. Mais le 22, de minuit à une heure, les frissons, les sueurs, les lassitudes, la douleur de côté reparaissent, ainsi que la toux, les crachats, l'état fébrile, en un mot un accès en tout semblable au précédent. Diète absolue, eau de gomme, lavement. On attend des sangsues, qui n'arrivent pas. Le 23, intermittence aussi complète que celle du 21. Pruneaux cuits, eau de gomme *bis*, lavement. Frappé de cette succession de bien et de mal, M. Reis ne doute plus qu'il n'ait affaire à une pleurésie intermittente. Même prescription. Le lendemain, l'accès débuta, comme les deux précédents, par un frisson de plus d'une demi-heure, et présenta tous les symptômes de pleurésie observés le 20 et le 22. Le 25, jour d'intermission, même bien-être que le 23. Bouillon, pruneaux, eau de gomme, lavement; un gros de quinquina en poudre à prendre en deux fois, l'une à huit, l'autre à neuf heures du soir, c'est-à-dire la seconde dose environ trois heures et demie avant l'accès. Le 26, quatrième accès en tout semblable aux précédents. Le malade ne s'étant réveillé que vers minuit, n'a pris le kina qu'au moment de l'invasion et tout d'une fois; aussi ce médicament a-t-il été vomi une demi-heure après avec efforts. Le 27, le malade profite du beau temps pour se promener au soleil. Deux nouvelles doses de quinquina sont administrées en temps convenable. Le 28, l'accès n'est venu que vers les deux heures. La douleur de côté persiste, l'expectoration continue, les sueurs sont moins abondantes; le pouls est peu fréquent, souple et développé. Même prescription que la veille. Le 30, le quinquina a été administré pour la troisième fois. L'état du malade est encore plus satisfaisant que le 28; le côté n'est presque plus douloureux; les sueurs, les crachats, ont sensiblement diminué. Le 1er juin, l'accès a été à peine sensible; la douleur, l'expectoration et la toux ont disparu. Le malade conserve jusqu'à midi un peu de fréquence

dans le pouls. Bouillon, pruneaux. Le 2, à la prière du malade, on lui accorde le quart. Quinquina pour la nuit. Le 3, l'accès a manqué complétement; le teint et les forces reviennent, l'appétit se fait sentir; on continue le quinquina pour assurer la guérison. (*Annales de la médec. physiol.*, 1824.)

Pleurésie intermittente tierce.

No 261. Puteaux (Marie-Louise), âgée de dix ans, d'une forte constitution, cheveux noirs, peau brune, est transportée de Boulogne à l'hôpital des Enfants, le 9 octobre, accusant deux jours de maladie. Le 11, sans cause connue, frisson, vomissements suivis de fièvre, de douleur du côté droit de la poitrine. Repos, diète. Le surlendemain, exaspération de ces accidents; entrée à l'hôpital où elle présente l'état suivant : décubitus dorsal; face rouge, animée, exprimant l'anxiété et la souffrance; douleur vive du côté droit de la poitrine s'étendant depuis le sein jusqu'à l'hypochondre, augmentant par le mouvement, la percussion, la toux et la respiration; son obscur sans égophonie dans le tiers inférieur du côté droit de la poitrine; bruit respiratoire beaucoup plus faible à droite qu'à gauche; toux sèche, fréquente, sans expectoration; la parole est entrecoupée; la respiration, courte, incomplète, très accélérée, se répète quarante-quatre fois par minute; le pouls, dur et fréquent, donne cent vingt-quatre pulsations; chaleur de la peau élevée; du reste, langue naturelle, inappétence; pas d'autres troubles des voies digestives; l'intelligence est intacte. On porte pour diagnostic : pleurésie droite. On prescrit une application de dix sangsues *loco dolenti* et des cataplasmes; on soumet la malade à l'usage des boissons pectorales.

Le 10, un amendement notable a lieu; il est attribué à l'application des sangsues faite la veille; la douleur de côté est à peine sensible; l'anxiété a cessé; le pouls a baissé de vingt-huit pulsations, et les mouvements inspiratoires de douze : on se borne à l'expectation. Le 11, la douleur de côté est très intense; la malade pousse des cris aigus lorsqu'on essaie de la mettre sur le séant, où elle ne peut se maintenir sans le secours d'un aide; la face est grippée; l'anxiété est extrême; le pouls donne cent trente-six pulsations; la respiration s'est élevée à soixante; son mat dans la moitié inférieure du côté droit; absence de bruit respiratoire.

On s'arrête à la pensée que la phlegmasie a envahi la plèvre diaphragmatique, et on prescrit en conséquence une saignée du bras de huit onces, douze grains de calomel à l'intérieur et des frictions mercurielles sur le côté du thorax affecté; le sang tiré de la veine est couvert d'une couenne inflammatoire.

Le 12, nouvelle amélioration des plus marquées; l'anxiété a disparu; la malade se met librement sur son séant et dit se trouver bien; on peut percuter, sans faire naître de la douleur, le côté droit de la poitrine; le pouls est descendu à cent pulsations et la respiration à vingt-huit. On continue les frictions mercurielles.

Le 13, prostration profonde, la face livide, décomposition des traits; douleur dans toute l'étendue du côté droit de la poitrine; langue sèche; pouls à cent vingt-deux; cinquante-deux inspirations par minute. On applique un vésicatoire à chaque jambe.

Le 14, cet ensemble de graves symptômes a disparu; la respiration est facile, le facies meilleur; le pouls est descendu à quatre-vingt-quatre et la respiration à vingt-quatre. Il n'est plus permis de révoquer en doute la forme intermittente de la maladie, dont les accès reviennent sous le type tierce. Dans le but de prévenir l'accès du lendemain, on prescrit douze grains de sulfate de quinine.

Le 15, retour de l'accès, modifié sous le rapport de son intensité et de sa

durée ; simple endolorissement du côté droit; quatre-vingt-seize pulsations, trente-six inspirations. Les jours suivants, on continua le sulfate de quinine à doses décroissantes ; l'amélioration se soutient, la douleur ne revient plus; l'épanchement dont la plèvre était le siége se résorbe assez promptement, et cette jeune fille quitte l'hôpital entièrement guérie, le 24. (Constant, *Clinique de M. Baudelocque*, 1834.)

Pleuro-pneumonie intermittente, puis rémittente et continue.

No 217. Une femme âgée de cinquante-huit ans éprouvait depuis quelque temps des accès de fièvre intermittente quotidienne à laquelle se joignaient des douleurs vagues de poitrine qui déterminèrent, à ce qu'il paraît, l'application d'un vésicatoire sur le côté droit en arrière. La gravité de cette affection s'étant augmentée, on fit appeler un chirurgien qui, prenant en considération le caractère intermittent de cette affection, administra le sulfate de quinine avec un succès momentané. Mais les accès ne tardèrent pas à se reproduire avec accroissement d'intensité et de symptômes généraux tellement graves, qu'un autre médecin consulté crut reconnaître une fièvre typhoïde, et fit faire une application de sangsues sur l'abdomen. Ce nouveau moyen n'eut aucun succès. La maladie s'aggrava encore, et au lieu d'intermissions, n'offrit plus que des rémissions.

Le 25 juillet 1833, cette femme fut conduite à l'hôpital dans l'état suivant: résolution des forces, décubitus adynamique, pouls fréquent, mais peu résistant; chaleur vive de la peau, agitation, délire, quelques mouvements convulsifs; respiration assez libre, point d'expectoration; la langue recouverte d'un enduit épais, jaunâtre et gluant; dents légèrement fuligineuses, ventre non douloureux à la pression; état comateux qui rend toutes les questions inutiles. L'état grave de la malade et les renseignements donnés par les parents font soupçonner l'existence d'une fièvre rémittente pernicieuse déjà ancienne. En conséquence, l'élève de garde fait administrer huit grains de sulfate de quinine dans une potion; il y ajoute un lavement avec demi-once de quinquina en décoction, et une application de sinapismes aux pieds.

Le 26, à la visite du matin, la malade avait passé une nuit très agitée; mais elle était maintenant plus calme; son état général s'était un peu amélioré; du reste, nuls symptômes thoraciques ne furent observés; on continua six grains de sulfate de quinine dans une potion; on appliqua de nouveaux sinapismes. *Diète absolue.* Le 27, l'état de la malade a beaucoup empiré ; une gêne assez marquée de la respiration ayant engagé à percuter la poitrine, on découvrit un son mat dans tout le côté gauche et une absence complète de respiration. La mort survint quelque temps après la visite.

Ouverture du corps trente-six heures après la mort. — L'extérieur du corps ne présente rien de remarquable. La poitrine étant ouverte, on trouve le poumon gauche adhérent dans plusieurs endroits, à la cavité thoracique; cette cavité contenait une très grande quantité de sérosité jaunâtre, au milieu de laquelle nageaient des flocons albumineux. La surface extérieure du poumon présentait çà et là des débris de fausses membranes, et semblait macéré par le liquide épanché; le tissu pulmonaire, recouvert par la plèvre malade, était sain, excepté à la partie inférieure où l'on observait quelques points hépatisés dans l'espace de deux ou trois pouces. Le poumon droit était sain, la cavité qui le contenait n'offrait aucun épanchement. Le canal intestinal ne présentait rien de remarquable, non plus que les autres viscères abdominaux. (Bricheteau, *Gazette des hôpitaux*, 1833.)

Pleurésie intermittente tierce.

N° 218. Une dame d'une trentaine d'années fut prise de tous les accidents qui caractérisent une pleurésie aiguë, qui fut combattue le premier et le deuxième jour par deux saignées du bras et une application de quinze sangsues sur le point douloureux. Le troisième jour, M. Téallier constata que tous les symptômes présentaient une rémission tout-à-fait remarquable. La respiration était libre ; pas de toux, très peu de fièvre. Ce même jour, au soir, la malade ressentit un frisson violent; le point de côté reparut avec intensité ; fièvre accompagnée de délire. Une troisième saignée n'amena que peu d'amélioration. Prenant en considération le caractère intermittent de la maladie et l'inefficacité des saignées, M. Téallier administra douze grains de sulfate de quinine dans la matinée du quatrième jour. L'accès fut presque nul le soir. Les jours suivants, le sulfate de quinine fut continué et l'accès ne reparut pas. (*Revue méd. franç.*, t. Ier, 1836.)

Pleuro-pneumonie, type tierce.

N° 219. Burghard, soldat à la légion étrangère, d'une bonne constitution, âgé de vingt-deux ans, ayant eu plusieurs récidives de fièvre intermittente depuis son séjour en Afrique, entra à l'hôpital d'Alger, le 25 novembre 1833, le cinquième jour d'une fièvre tierce dont les accès revenaient à six heures du soir. Il arrivait, lorsque je le vis à trois heures après midi; aidé par ses camarades, il s'était traîné péniblement à l'hôpital, et avait fait environ deux lieues à pied, exposé à une pluie très froide. Le côté gauche de la poitrine, dans une grande étendue, était le siége d'une douleur fort vive qui arrêtait les mouvements de la respiration; il y avait de fréquents efforts de toux sans expectoration. Pendant le second accès (l'avant-veille), il avait rejeté quelques crachats sanguinolents. Le premier avait été accompagné de douleur pleurétique seulement; le troisième devait revenir à six heures du soir; l'indication principale était de le prévenir. Le trajet que venait de faire le malade l'avait tellement refroidi, et son pouls était tellement peu développé, que je ne prescrivis pas de saignée générale. Diète, eau gommée, quarante grains de sulfate de quinine, à prendre de suite; cinquante sangsues sur le point douloureux. Retour de l'accès à l'heure ordinaire : à dix heures du soir, le pouls est devenu plein et large, la peau chaude; les crachats sont mêlés de stries sanguinolentes. Saignée du bras, de dix onces. 26 matin, fièvre, douleur vive dans le côté, pouls petit et accéléré, mouvements respiratoires très douloureux. Diète, eau gommée, seize grains de sulfate de quinine, vingt-cinq sangsues sur le côté malade. A trois heures après midi, continuation de la fièvre, crachats sanguinolents, râle crépitant. Saignée de huit onces. A neuf heures du soir, même état. Saignée de dix onces, seize grains de sulfate de quinine à prendre pendant la nuit. 27 matin, peu de fièvre, douleur obscure dans le thorax, plus de crachats sanguinolents; râle crépitant beaucoup moins fort et moins étendu. Diète, eau gommée, seize grains de sulfate de quinine. L'amélioration se soutient pendant toute la journée. 28 matin, apyrexie, plus de râle, plus de douleur dans le thorax. Diète, eau gommée, seize grains de sulfate de quinine. Accès dans la matinée, douleur pleurétique fort vive, râle crépitant, crachats sanguinolents. Diète, eau gommée, saignée de douze onces, vingt-cinq sangsues à la base du poumon gauche, seize grains de sulfate de quinine, à prendre pendant la nuit. Dès ce moment, tous les accidents se dissipent promptement ; le sulfate de quinine est continué encore pendant quelques jours, le malade se rétablit promptement. (Maillot, *Traité des fièvres, ou irritations cérébro-spin. intermitt.*)

Péripneumonie, type tierce. (Fièvre insidieuse péripneumonique.)

N° 220. Castagnet, serrurier, âgé de vingt-deux ans, éprouva dans la nuit du 27 avril 1834, une douleur fixe et aiguë au-dessous du téton gauche ; elle gêne la respiration et la rend plaintive et accélérée. Dès le matin il entre à l'hôpital (Hôtel-Dieu de Bordeaux, salle de M. Dutrouilh), et nous présente du côté des organes respiratoires les phénomènes cités ; de plus, crachats sanglants et visqueux ; râle crépitant fin et sec dans l'étendue de quatre à cinq pouces en dehors de la région précordiale ; anxiété extrême, pouls fréquent et plein, céphalalgie, rougeur de la face, etc. Saignée de douze onces, looch, infusion pectorale. Tous les accidents cessent dans la nuit. Le 29, plus de fièvre, plus de râle crépitant, plus de point pleurétique. On prescrit un pédiluve sinapisé, un looch et une boisson béchique. Le 30, le malade est parfaitement bien ; il se promène et mange avec appétit. Le 1er mai, à la visite du matin, nous trouvons Castagnet dans un état de souffrance cruelle; les viscères pectoraux nous offrent les phénomènes déjà cités dans l'attaque précédente ; il accuse une douleur intolérable sur le point où nous l'avions déjà remarquée ; il nous dit qu'il étouffe; son visage est couvert de sueur ; les crachats sont très rouges et moins visqueux. Large vésicatoire sur le côté douloureux, potion avec deux gros de poudre de quinine et dix grains de sulfate de quinine, boisson pectorale. Le soir, l'oppression est extrême, le danger imminent. M. le chef interne prescrit des sinapismes aux jambes et une potion contenant six grains de tartre stibié. Le 2, amélioration extraordinaire, respiration facile, crachats à peine rouillés. Boisson pectorale, looch, pédiluve ; le malade achève la potion de quinquina. Le 3, tous les accidents ont disparu ; il ne reste qu'une toux rare qui cause encore une légère douleur; le malade demande des aliments. Le jour suivant, il est tourmenté par un hoquet qui le fatigue, à cela près il est parfaitement rétabli. Il séjourne encore dans l'hospice jusqu'au 10, et en sort alors très bien portant. (Cazentre, *Bullet. de Bordeaux*, 1834.)

Pneumonite intermittente tierce.

N° 221. Un pompier de la ville de Paris nous a offert un exemple de pneumonite intermittente à l'Hôtel-Dieu, pendant l'automne de 1821 ; et ce fait, observé par plusieurs élèves en même temps que par nous, est surtout intéressant en ce que le cylindre nous a permis d'entendre, pendant l'accès, un râle crépitant des plus marqués à la partie inférieure et latérale un peu postérieure du poumon droit, et que pendant l'apyrexie ce symptôme était infiniment moins prononcé. Une saignée du bras fut pratiquée pendant le premier accès, parce qu'on ne soupçonnait pas le caractère intermittent de la phlegmasie.

Le lendemain, tout était calme, à l'exception d'un peu d'oppression et d'un très léger râle. On prescrivit quelques sangsues vis-à-vis le point crépitant : l'intermission fut de vingt-quatre heures. Au second accès, un peu moins fort que le premier, on fit une nouvelle saignée : le râle avait presque repris son intensité première. Un troisième accès eut lieu, après lequel on administra le sulfate de quinine, qui prévint le quatrième. Le malade nous déclara en avoir eu deux à son quartier et avoir rendu quelques crachats sanguinolents le premier jour. (Roche et Sanson, *ouvrage cité*, t. Ier.)

Péripneumonie intermittente quintane.

N° 222. Jean Mignari, âgé de cinquante-six ans, avait depuis trois semaines un catarrhe pulmonaire sans fièvre, et qui ne l'empêchait pas de

vaquer à ses travaux ordinaires, lorsque, le 20 mars 1812, il fut pris tout-à-coup, vers les trois heures du soir, d'un frisson suivi de chaleur, et d'un point de côté accompagné de toux, de crachement de sang, d'oppression. Le délire se met de la partie et dure toute la nuit. Le 21 au matin, le délire est moins fort; les autres accidents continuent. Le soir le délire a disparu; tous les autres symptômes ont diminué. Le 22, la nuit est bonne, il y a toujours de la fièvre; les crachats sont rouillés; il ne reste qu'un peu de gêne à la place du point de côté. Le 23, le malade continue à être bien jusqu'au lendemain 24. Ce jour-là à midi, retour du frisson, du point de côté, du crachement de sang, de l'oppression et du délire. Tous ces symptômes persistèrent avec intensité jusqu'au lendemain 25, et ne disparurent en entier que dans la soirée : le pouls est alors petit, faible, fréquent; le malade est tranquille, mais il est affaissé, et ses traits sont altérés. On donne tisane vineuse, vin pur, bon bouillon. Le 26, on donne cinq prises de vin de Séguin, qui sont répétées le 27. Le 28, on en place quatre autres prises avant l'heure de l'accès qui a manqué entièrement. On continue l'usage du vin fébrifuge. Le catarrhe pulmonaire a repris sa marche continue, et s'est terminé quinze jours après (Arloing, *mémoire et journal cités.*)

Pleuro-pneumonie intermittente quintane. (Fièvre pernicieuse pleuro-pneumonique.)

N° 223. Le 31 août au matin, une femme de quarante ans éprouve un frisson violent avec tremblement qui dure plusieurs heures; ensuite, chaleur pendant toute la journée mêlée de frissons vagues et irréguliers; douleur vive au-dessous du sein droit avec oppression; toux fréquente; expectoration muqueuse striée; pouls fréquent (cent vingt pulsations par minute); râle muqueux crépitant à la région douloureuse. Le 1er septembre, même état. Le 2, tous les symptômes persistent; la malade vient alors à l'hôpital réclamer les secours de l'art. Douze sangsues sur le point douloureux qui produisent un écoulement de sang très considérable; vésicatoire; boisson pectorale miellée. Dans la nuit, une sueur abondante se manifeste. Le 3, symptômes amendés; fièvre moindre; la sueur persiste et dure toute la journée. Le soir, apyrexie; cessation complète de tous les symptômes. Mais tous les accidents reparaissent à neuf heures; ils sont précédés d'un nouveau frisson qui dure une heure avec un tremblement violent, et qui est suivi d'une chaleur intense, d'oppression, de douleur pongitive au-dessous du sein droit, etc. Toute la nuit se passe dans cet état. Le 4 au matin, tous les symptômes persistent avec la même intensité; sur le soir, sueur abondante qui dure toute la nuit. Le 5, au matin, apyrexie complète, état naturel. Trois grains de sulfate de quinine toutes les trois heures. La malade en prit vingt-quatre grains; elle n'eut point de récidive. (Blaud, *Nouvelle Biblioth. méd*, t. VII.)

Cardite intermittente quotidienne.

N° 224. M. L*** (Jean-Baptiste), lieutenant au 42e régiment d'infanterie de ligne, âgé de quarante et un ans, d'une constitution forte, d'un tempérament bilioso-sanguin, entra à l'hôpital militaire de Patras, le 13 janvier 1829, pour y être traité d'une maladie caractérisée ainsi qu'il suit : malaise général, face pâle; état de faiblesse extrême occasionné par une affection intermittente, dont ce malade souffrait depuis plus de deux mois; douleur obtuse, profonde, dans le ventre et à la région précordiale; lypothymies se manifestant de temps à autre sans cause connue, et qui étaient déterminées par le plus léger mouvement; pouls peu fébrile pendant le repos, mais devenant tumultueux et précipité à la suite du moindre mouvement; langue pâle,

rouge sur les bords ; peu de soif : les autres fonctions dans l'état naturel ; seulement depuis deux jours le malade allait trois ou quatre fois à la selle, et rendait chaque fois une très petite quantité de matières liquides, glaireuses et muqueuses, circonstance qui gênait beaucoup, parce que le moindre mouvement amenait souvent une syncope. Nous fûmes bientôt fixé sur le diagnostic ; nous jugeâmes que cette maladie était une irritation du cœur avec colite légère, qui, au rapport du malade, se déclarait à certaines époques, alors même qu'il restait dans un repos absolu. Nous voulions cependant étudier la maladie avant d'avoir recours à une médication énergique. En conséquence, diète absolue, limonade gommeuse, julep gommeux, un lavement froid. Le 14, la nuit a été un peu agitée, le malade a eu une lipothymie en allant à la selle pour rendre son lavement. A la visite du matin il est assez calme. A onze heures, le malade étant tranquille dans son lit, éprouva une lipothymie qui dura dix minutes. Au rapport du malade, elle fut précédée d'une douleur précordiale plus vive que de coutume, avec un léger sentiment de frisson de courte durée, et suivie d'un peu de moiteur à la peau. Le soir, le malade est calme, tranquille ; il n'a pas été à la selle de la journée. Rien n'est changé à la prescription. Le 17, la nuit s'est passée dans un calme parfait ; il y a eu un peu plus de soif qu'à l'ordinaire ; le pouls est large, développé, peu fréquent : il n'y a d'ailleurs qu'un grand sentiment de faiblesse. Diète absolue, limonade gommeuse, julep gommeux, cataplasme sur l'abdomen. De onze heures à midi, soupçonnant l'intermittence de l'affection, je me transporte près du malade, et effectivement je le trouve sans connaissance, état dans lequel il se trouvait depuis environ cinq minutes ; son pouls est fréquent, parfois précipité ; les pulsations de l'artère sont isochrones avec les battements du cœur. Pendant l'exploration, le malade recouvre sa connaissance, et les mouvements du cœur et de l'artère radiale reprennent leur calme et leur régularité ; en un instant tout rentra dans l'ordre. Il n'y avait certainement plus de doute sur le siége, la nature et le caractère de la maladie, ni sur les moyens dont on devait faire usage pour la combattre. Nous prescrivîmes immédiatement six grains de sulfate de quinine avec un grain d'extrait aqueux d'opium dans un julep gommeux, avec la recommandation d'en faire prendre le tiers à deux heures et demie, trois heures après l'accès. A trois heures de l'après-midi, le malade était parfaitement calme ; il avait pris le tiers de sa potion. Je recommandai de lui faire prendre le reste en deux fois, à six et à neuf heures du soir. Le 16, le malade a dormi toute la nuit ; il est un peu assoupi ; le pouls est apyrétique, régulier ; la douleur précordiale paraît moindre ; toutes les autres fonctions sont dans un calme parfait. Diète absolue, limonade gommeuse, julep gommeux, un julep avec six grains de sulfate de quinine, dont la moitié doit être prise en deux fois avant l'heure de midi. Vers onze heures, la douleur précordiale est un peu plus vive que de coutume, mais il n'y a point de lipothymie. A trois heures, tout est rentré dans l'ordre, le malade se dit beaucoup mieux que les autres jours ; les mouvements musculaires sont plus supportables et moins redoutables pour le malade. Le reste de la potion fut administré en deux fois pendant la soirée. Le 17, le mieux se soutient ; la douleur précordiale et celle de l'abdomen ont disparu ; au relâchement du ventre a succédé une constipation qui dure depuis deux jours. Le pouls, la respiration, les battements du cœur, ainsi que toutes les autres fonctions, sont rentrés dans l'état normal. Cependant il faut attendre encore l'heure de midi : le malade la redoute encore plus que le médecin. Bouillon, limonade gommeuse, julep gommeux avec quatre grains de sulfate de quinine, à prendre à huit et à dix heures. A midi, rien de nouveau. A trois heures, le malade me dit qu'il a passé la journée dans un état des plus satisfaisants, qu'il peut se remuer maintenant sans qu'il survienne aucune espèce d'accident, et qu'il se considère tout-à-fait guéri. La

constipation persiste. Un lavement émollient. Le 18, toutes les fonctions sont rentrées dans l'ordre physiologique ; il n'existe plus nulle part de douleur; les organes digestifs semblent vouloir reprendre leur activité ; le besoin de prendre des aliments se fait sentir. Soupe et vermicelle, eau gommeuse, julep, demi-lavement. Les 19 et 20, même état, même traitement. Le 21, le mieux se soutient et même fait des progrès ; le malade qui, d'après ma recommandation, s'est assis sur son lit une grande partie de la journée, se propose de se lever aujourd'hui. Le quart de la potion, quelques pruneaux, eau gommeuse. Les 22, 23, 24, 25 et jours suivants, M. L***, allant de mieux en mieux, les aliments furent graduellement augmentés, et le 12 février suivant, il sortit de l'hôpital parfaitement guéri. (Pallas, *Réflexions sur l'intermittence*.)

Espèce de cardite ou de congestion du cœur, sous type tierce. (Fièvre pernicieuse carditique de l'auteur.)

No 225. Madame P***, âgée de trente-huit ans, d'une constitution maigre et atrabilieuse, portait depuis plusieurs années une tumeur squirrheuse à l'ovaire gauche, où elle ressentait par intervalles des douleurs lancinantes très vives. Elle éprouvait aussi habituellement des maux de tête et des palpitations du cœur qui s'exaspéraient à chaque retour des règles. Cet écoulement était régulier, mais très peu abondant, la constipation presque habituelle malgré l'usage des lavements, l'appétit bon. A l'aide d'un traitement dirigé par M. Jonquet, la tumeur de l'ovaire avait entièrement disparu, les palpitations du cœur et les maux de tête s'étaient également dissipés. Appelé de nouveau auprès de cette femme pendant le fort de l'épidémie, il la trouve assise sur son lit, soutenue dans cette position par de nombreux carreaux; le pouls est très nerveux, la peau fraîche ; les battements du cœur beaucoup plus forts que jamais; la malade se plaint non seulement de leur violence, mais d'une douleur cruelle, comme de morsus, dans le cœur; Quand cette douleur est parvenue à un certain degré, la malade tombe en syncope et perd l'usage de tous ses sens, excepté de l'ouïe; bien qu'elle entende et qu'elle veuille parler, elle en est empêchée par une puissance insurmontable et inconnue. Pendant cet état syncopal, les mouvements du pouls et de la respiration sont anéantis, ceux du cœur plus faibles et plus lents qu'auparavant. Ces syncopes sont d'autant plus prolongées qu'il y a une plus grande distance entre elles ; leur durée ordinaire est d'un quart d'heure, et l'intervalle qui les sépare d'une ou deux heures. Mais ce qui fatigue le plus la malade, c'est ce morsus, ce sentiment de rongement au cœur, qu'elle compare à la nature de ses anciennes douleurs dans l'ovaire, de sorte qu'elle croit que c'est la matière cancéreuse (suivant son expression) qui s'est fixée sur le cœur, et a produit là un ulcère.

Les renseignements que prit M. Jonquet lui firent reconnaître que la malade avait déjà eu deux accès en tierce, d'une fièvre d'abord peu marquée, mais qui, au troisième accès, fut précédée d'un sentiment de froid et de tous les symptômes énumérés. On pensa d'abord que cet état n'était autre chose que l'affection habituelle de madame P***, en conséquence on lui appliqua les sangsues, et un calme complet étant bientôt survenu, on s'était confirmé dans cette idée. M. Jonquet fut témoin du quatrième accès, qui arriva au jour et à l'heure ordinaires; outre les violentes palpitations du cœur et le sentiment de morsus, il y eut encore des envies de vomir. Il pensa que c'était la fièvre pernicieuse qui avait pris une forme carditique, à cause de l'affection antécédente; il prescrivit deux grains d'opium, donné par demi-grain de demi-heure en demi-heure, et conditionnellement une potion avec trois gouttes de laudanum. La malade en éprouva quelque soulagement; néan-

moins l'accès dura environ vingt heures. Dès que l'appareil fébrile supposé eut cessé, on s'empressa d'administrer le quinquina en ajoutant dans chaque prise d'un gros, huit gouttes de laudanum. Cette femme prit pendant l'intermission dix à douze gros de quinquina, dont elle vomit quelques prises. L'accès suivant eut lieu de la même manière; il fut aussi long, mais beaucoup moins orageux que le précédent. Le sixième ne reparut pas. Il n'y a jamais eu de sueur à la fin des accès. (Coutanceau, *Notice sur les fièvres pernicieuses*, etc.)

Angine de poitrine et hypertrophie du cœur revenant par accès, sous type quintane, sextane et octane.)

N° 226. M. G***, âgé de soixante ans, d'un constitution robuste, avoué dans une ville de province, ressentit tout-à-coup, et sans causes connues, de fortes palpitations; elles durèrent trois quarts d'heure; la santé se rétablit. Cinq jours après, les mêmes accidents se renouvelèrent; depuis lors, ils ont continué à revenir tous les six ou huit jours, malgré l'emploi des moyens hygiéniques, des évacuations sanguines et de la digitale en poudre. A la fin d'avril 1835, l'état de M. G*** était le suivant: les accès se développaient tout-à-coup par un sentiment de gêne extrême et d'étouffement dans la région épigastrique, s'élevant le long de l'œsophage et s'étendant jusque vers le cœur; palpitations insupportables pour le malade qui les compare à un oiseau qui s'agiterait dans sa cage; suffocation imminente; désir instinctif de se pencher en avant et de se coucher sur le ventre, le corps incliné sur le côté droit; c'est seulement dans cette position que le malade éprouve quelque soulagement. Examiné alors par la percussion plessimétrique, le cœur droit, qui, durant l'intermission, ne présentait que les dimensions normales, est devenu énorme; il remplit une grande partie du médiastin qu'il refoule à droite; son étendue est de quatre pouces du haut en bas, et de trois d'un côté à l'autre; il ne présente aucune résistance au doigt. Le cœur gauche, sans être plus volumineux, est plus dur que dans l'intervalle des accès. Le pouls est à cent vingt et intermittent; pulsations de toutes les artères des membres presque imperceptibles, comme chez un homme à l'agonie; le foie est grossi, le poumon moins sonore, la face livide, les lèvres bleuâtres; l'intelligence est conservée, mais le malade peut à peine parler; les organes thoraciques sont refoulés en haut par l'estomac, et les intestins reconnaissables à leur très grande sonorité. Pendant le premier quart d'heure, le malade commence à rendre une quantité considérable d'une urine très claire; les accidents persistent; l'écoulement de ce liquide continue, et pendant une heure entière que dure cet accès, la quantité d'urine évacuée est au moins de trois pintes. Ce liquide est presque aussi clair que de l'eau, et semble devenir d'un instant à l'autre plus abondant; des gaz sont évacués par l'expectoration; les accidents se calment en quelques minutes; le malade semble reprendre une vie nouvelle, et bientôt il est revenu à son état ordinaire. Cet accès, au rapport du malade, fut semblable à ceux qu'il éprouvait depuis long-temps. Dans l'intervalle des accès, le pouls était régulier, plein, sans intermittence; le teint coloré, les lèvres et la langue vermeilles; le malade pouvait monter un escalier avec la plus grande facilité, et arriver au quatrième étage sans éprouver de palpitations; les digestions étaient bonnes, et il n'y avait pas de congestion cérébrale. MM. Marjolin et Piorry, qui voyaient le malade, lui conseillèrent l'abstinence de toutes boissons, le sulfate de quinine à la dose de quinze grains par jour, et des pilules drastiques qui produisirent des selles abondantes. Ces praticiens conseillèrent encore des évacuations sanguines générales et locales proportionnées à leur influence sur la circulation; un régime doux, mais sans substances farineuses ni venteuses. Par suite de cette médication,

les palpitations sont devenues très rares et à peine sensibles. La santé est devenue bonne. M. G*** se plaint seulement de quelques vertiges et de quelques bourdonnements d'oreille, peut-être dus à l'emploi du sulfate de quinine à haute dose. (*Bulletin clinique*, t. Ier.)

Les exemples de toux périodiques, rapportés par Strack, Ridley, F. Home, Coquereau, manquent de détails à l'aide desquels nous puissions aujourd'hui les caractériser. Ces auteurs nous attestent la périodicité de la toux; nous devons les en croire. Mais qu'était cette toux et qu'entendaient-ils par cette maladie? Pour en juger, il faut se reporter au temps où ils ont écrit et dans les circonstances où ils l'ont observée : la toux fébrile de Strack, par exemple, a été observée au mois de janvier; les retours périodiques en étaient souvent occasionnés par l'intempérance du malade; il paraît donc peu probable qu'elle fût entièrement nerveuse; quant aux symptômes généraux, c'est-à-dire à la fièvre qui l'accompagnait, elle était constamment précédée par la toux, au moins d'une heure ou deux. L'intensité et la durée de cette fièvre étaient toujours proportionnées à celle de la toux, et tous ces phénomènes de toux et de fièvre revenaient tous les trois jours régulièrement. Si, par l'administration du quinquina, on prévenait l'accès de toux, la fièvre n'avait point lieu; si, par une cause quelconque, la toux revenait, elle était accompagnée de la fièvre. Or, s'agissait-il d'une toux différente par sa nature de la toux ordinaire? c'est ce que nous n'oserions affirmer; nous pensons seulement que son caractère périodique et sa curation par le quinquina ne sont point une raison suffisante pour la placer au rang des exceptions. Dans tous les cas, on ne peut pas dire que cette toux fût l'effet de la fièvre, car il est assez naturel que la cause précède son effet, et le contraire aurait eu lieu dans la supposition dont il s'agit.

L'exemple de catarrhe à type quotidien, observé par Coquereau, et inséré en 1778 dans les Mémoires de l'ancienne Société royale de médecine, manque aussi de détails convenables, mais le praticien qui a vu le malade nous assure qu'il s'agit *d'un vrai catarrhe*. L'administration du quinquina en prévint les accès, ou plutôt lui fit perdre son caractère périodique, puisque le catarrhe subsista, mais à un faible degré et sous type continu. Ce catarrhe n'était point accompagné de fièvre, on ne peut donc pas le considérer comme l'effet d'une cause qui n'existe pas. Il en est de même de la toux quotidienne ou du catarrhe bronchique observé

par Courbette sous le nº 187; il revenait chaque jour régulièrement, et sans être précédé ni accompagné du plus léger mouvement fébrile. Mais ici, peut-on dire que la nature et le siége de la maladie *soient restés indécis* (1)? Cette toux survient chez une femme valétudinaire, à la suite d'une promenade faite par un temps froid et humide ; elle est d'abord continue et sans fièvre ; elle passe au type intermittent et toujours sans fièvre ; chaque accès catarrhal est précédé de bâillements, de picotements douloureux dans la trachée-artère ; il est caractérisé par une toux très forte, qui dure au moins trois heures et se termine par une expectoration abondante de matières muqueuses ; cette toux est suivie d'une douleur piquante à la gorge, surtout entre le larynx et la partie supérieure du sternum, c'est-à-dire tout le long du canal bronchique. La malade en eut plusieurs accès de suite, dans l'intervalle desquels les voies aériennes étaient parfaitement libres. Quoiqu'on ait guéri cette toux par l'administration du quinquina, ses causes, ses symptômes, surtout la douleur bronchique et l'expectoration muqueuse, puis le type continu qu'elle a d'abord présenté, tout n'indique-t-il pas une véritable phlegmasie de la muqueuse trachéale et bronchique?

L'exemple de bronchite, sous le nº 183, ne nous semble laisser aucun doute sur sa nature inflammatoire et sur son type intermittent quotidien, puisqu'il s'agit d'une grosse fille, d'un fort tempérament, qui fait une commission en courant, rentre tout en sueur, et se déshabille dans une chambre froide où elle se couche, et où elle est prise, dans la nuit, de quintes de toux très violentes. Le lendemain, elle se sent la poitrine comme brisée, mais se lève et vaque à ses occupations habituelles ; dans la nuit, nouvelles quintes de toux plus violentes et plus répétées que la première fois. M. Gauthier de Claubry voit la malade, lui trouve la figure rouge, les yeux saillants, une fièvre forte, une oppression considérable et une toux suffocante. Une saignée abondante amène

(1) M. Rayer (Article INTERMITTENT du *Dictionnaire de Médecine* en 25 vol.) soutient que la nature et le siége de la maladie sont *restés indéterminés* dans plusieurs exemples de toux et de catarrhes intermittents que nous avions recueillis dans la 1re édition des *Irritations intermittentes*. Bien était libre M. Rayer de juger ces observations à sa manière, de rejeter les unes, de supporter les autres ! Il était certes plus facile d'éplucher des faits que d'en fournir de meilleurs : aussi n'avons-nous point eu la peine de juger ceux rapportés par lui à l'appui des opinions renouvelées des anciens, et particulièrement d'Hoffmann, qu'il a émises dans l'article dont il s'agit.

une détente générale. Le lendemain, dans la nuit, nouvelle attaque non moins violente ; une nouvelle saignée et des applications de sangsues au cou et sur l'épigastre, paraissent soulager la malade; un accès de toux moins fort était revenu encore aux mêmes heures de la nuit suivante. Enfin on prescrit le sulfate de quinine, qui prévient le retour de cette toux périodique.

On voit, sous le n° 185, un individu nullement disposé aux affections nerveuses par son tempérament, sa constitution et ses habitudes, qui éprouve de la fièvre avec une grande difficulté de respirer, des quintes de toux si violentes qu'il est obligé de rester assis dans son lit ; sa voix est rauque, son pouls dur et fréquent, etc. Ces symptômes, après avoir duré un certain temps, disparaissent en grande partie, pour revenir à des époques déterminées. Peut-on voir là autre chose qu'un violent catarrhe rémittent? peut-on dire que la fièvre qui l'accompagne constitue une fièvre essentielle? et peut-on, fondé sur de tels exemples, établir une nouvelle espèce de fièvre intermittente *pernicieuse asthmatique ou dyspnéique?*

Les exemples de catarrhes bronchiques et pulmonaires à type quotidien, tierce et tierce doublé, observés par MM. Piorry, Van Dekèere et Goupil, sous les nos 190, 194 et 195, ne nous semblent laisser aucun doute sur la nature et le siége de la maladie. Dans le premier cas, il s'agit d'une personne de douze ans dont la toux est accompagnée d'une douleur assez intense sous le sternum, et qui augmente au moindre effort de voix. On la traite par la diète, le repos, les boissons et les fumigations émollientes, par l'application des sangsues sur la région trachéale. Ces moyens favorisèrent la disparition des symptômes inflammatoires locaux, mais le catarrhe continuant à revenir par accès périodiques et accompagné de fièvre, on prescrivit le sulfate de quinine, qui arrêta ou prévint les accès dont il s'agit. Après quelques jours de convalescence, il survint encore des accès de fièvre intermittente sans toux et sans traces de phlegmasie abdominale ; mais n'y eût-il aucun indice de souffrance dans les organes pectoraux et encéphaliques ? c'est ce que M. Piorry ne dit pas.

Dans l'exemple suivant, la bronchite est indiquée par une toux accompagnée de symptômes fébriles plus ou moins marqués, par la difficulté de respirer, par des douleurs le long du sternum, etc. Cependant il y a une intermittence parfaite dans l'in-

tervalle des accès ; ceux-ci, c'est-à-dire la phlegmasie de la muqueuse bronchique et la fièvre qui l'accompagne, ne se montrent que de deux jours l'un. La nature inflammatoire de la maladie a été combattue efficacement par la saignée, les applications de sangsues et la diète; enfin ses retours périodiques ont été prévenus par l'emploi du sulfate de quinine. M. Van Dekèere rapporte encore une autre observation qui présenta les mêmes symptômes inflammatoires, la même périodicité, et qui fut guérie par les mêmes moyens. L'une et l'autre ont été recueillies dans les salles et sous les yeux de M. Regnaut, qui a lui-même constaté la nature inflammatoire et le type intermittent de ces affections.

Dans la dernière observation, il s'agit d'un jeune homme d'une santé délicate, sujet aux affections de poitrine, et qui s'expose au froid après un exercice pénible et pendant une transpiration abondante; il éprouve de la toux avec dyspnée et une forte douleur derrière le sternum; ces symptômes reviennent par accès précédés de frisson, de malaise, et suivis de sueur bornée à la surface du tronc. Durant l'intermittence, le malade est si bien, qu'il se croit guéri par le retour de la transpiration qui avait été arrêtée. Mais il n'en fut point ainsi; l'intensité de la toux, de la dyspnée et des douleurs de poitrine, alla en augmentant à chaque accès, de telle sorte que la toux fut bientôt suivie de crachements sanguinolents. On lui opposa d'abord les boissons mucilagineuses, les loochs et les applications de sangsues; puis on eut recours au sulfate de quinine pour en prévenir le retour. Pourra-t-on contester la nature inflammatoire de cette affection par la raison qu'elle a présenté le type intermittent, et qu'on a achevé sa guérison par l'administration du sulfate de quinine?

Dans l'observation sous le n° 191, la liaison intime de l'affection catarrhale et de la fièvre périodique est assez prouvée par la simultanéité de leurs retours, de leur marche et de leur terminaison : chaque accès fébrile de la petite malade est précédé par des quintes de toux très fortes, et chaque récidive de la fièvre intermittente qui, n'ayant été d'abord combattue que par le quinquina, était revenue à différents intervalles, avait constamment été annoncée par le développement d'une toux catarrhale très vive. M. Chauffard ayant eu la précaution de traiter d'abord cette enfant par les moyens antiphlogistiques avant d'en venir au quinquina, la toux ne reparut plus, et la malade n'eut

aucun ressentiment de fièvre. Il en est de même du fait sous le n° 192, observé par M. Bonnet : il s'agit d'une femme sanguine qui s'expose toute suante à un courant d'air froid, et qui est prise d'une forte toux avec douleur dans la poitrine, surtout dans la région sternale, suivie d'une expectoration abondante de mucosités. Le pouls est dur et plein, la face est rouge, la céphalalgie intense, la peau brûlante, etc.; cause et symptômes, ici tout annonce une inflammation de la muqueuse pulmonaire et bronchique qui fut très bien reconnue et attaquée par un traitement purement antiphlogistique. Mais tous ces symptômes ayant disparu vers la fin de la journée, et étant revenus entre sept et huit heures du matin plusieurs jours consécutifs, cette alternative de cessation et de reproduction des phénomènes morbides ne me permettant pas de douter, dit M. Bonnet, que je n'eusse affaire à une affection intermittente, je me hâtai de recourir au sulfate de quinine qui acheva la guérison de la malade. Même certitude dans la cause, dans la nature des symptômes inflammatoires, dans le diagnostic porté dès le début par le médecin qui a observé le fait sous le n° 196. Cependant cette affection catarrhale et pleurétique présenta un type tierce bien prononcé; les accès de toux étaient accompagnés d'un point de côté qu'on calma par la saignée et les sangsues; ils étaient suivis d'une expectoration purement catarrheuse d'abord, et qui devint sanguinolente par la répétition des accès. Le jour d'intermission il n'y avait ni toux, ni fièvre, ni point de côté, etc.; toutes les fonctions s'exécutaient librement; et comme il régnait alors une épidémie de fièvres intermittentes, M. Grégoire pensa que des symptômes de catarrhe et de péripneumonie, qui disparaissaient ainsi, et qui revenaient à des époques régulières, comme des accès de fièvre tierce, ne pouvaient être qu'une *fièvre pernicieuse pleuro-pneumonique;* en conséquence, il l'attaqua et la guérit par le sulfate de quinine. Cependant la toux seule, et sans redoublement fébrile, persista encore pendant trois ou quatre jours avec une expectoration purement muqueuse, c'est-à-dire qu'après l'emploi méthodique du sulfate de quinine la maladie fut réduite à sa plus simple condition, et qu'elle finit comme elle avait commencé, par un simple catarrhe.

D'après les faits dont nous venons de parler, il résulte donc que le traitement le plus convenable à employer contre les toux, les catarrhes pulmonaires et bronchiques, fébriles ou non fé-

briles, et présentant le type intermittent, ce sont d'abord les moyens antiphlogistiques et adoucissants pour modérer les symptômes inflammatoires, calmer l'irritation de la membrane muqueuse, et quelquefois de la membrane musculeuse des conduits aériens; cette première indication ayant été remplie par la diète, les boissons gommeuses, adoucissantes, et surtout par l'emploi des saignées, des sangsues, on peut avoir recours à des moyens révulsifs, tels que les vésicatoires, les ventouses entre les épaules et la partie interne des bras, les frictions irritantes des extrémités, etc. Ces moyens seuls peuvent quelquefois suffire pour guérir les maladies; mais dans les cas où l'affection catarrhale continuerait à disparaître et à revenir sous forme d'accès périodiques, il ne faudrait point hésiter à prescrire le sulfate de quinine pour en prévenir le retour.

Ce n'est pas seulement sur quelques faits particuliers et isolés que se trouve fondé le mode de traitement que nous venons d'établir contre les affections catarrhales périodiques; mais l'observation et l'expérience de plusieurs praticiens, dans les cas d'épidémies de fièvres catarrhales intermittentes, confirment tout ce que nous venons de dire. C'est ainsi que Sydenham, ayant vu les fièvres intermittentes bilieuses des mois de juillet et d'août 1679 changer de caractère par les pluies très froides qui survinrent en octobre suivant, puis ayant observé que les accès étaient surtout remarquables par une toux plus ou moins violente avec ou sans expectoration, toux dont les caractères, dit-il, se rapprochaient beaucoup de la coqueluche; il prescrivit de suite et avec succès la saignée plus ou moins répétée selon les cas, puis les vésicatoires à la nuque; les purgatifs furent aussi quelquefois employés très utilement.

J. Wepfer en 1691, et surtout l'illustre Haller en décembre 1699 a observé à Breslaw une fièvre catarrhale qui attaquait principalement les personnes de vingt à trente ans; elle débutait par une toux violente qui tantôt se terminait en quatre ou cinq jours par une expectoration critique, tantôt passait au type périodique quotidien. Les accès revenaient chaque jour à quatre heures après midi, précédés d'horripilations ou de frisson; la chaleur qui suivait était forte, âcre, mordicante au toucher; langue couverte d'un mucus blanchâtre, soif presque nulle, agrypnie, pouls fréquent; et ce qu'il y avait de plus remarquable dans ces accès, c'était une toux violente qui fatiguait beau-

coup les malades; parfois il y avait des douleurs pleurétiques avec délire. Les moyens antiphlogistiques, les boissons adoucissantes et diurétiques furent les seuls moyens utiles ; tous les remèdes stimulants, tous les cordiaux étaient constamment nuisibles; il en était de même des purgatifs, bien qu'on eût pu quelquefois juger leur emploi convenable d'après les bons effets de certaines diarrhées critiques.

Au commencement de l'hiver 1733, il régna à Paris une toux épidémique qui revenait par accès périodiques si violents, que plusieurs personnes en furent suffoquées, et périrent subitement. Les 6 et 7 février il se manifesta un brouillard épais qui accrut encore cette toux, et provoqua des crachements de sang. Un traitement antiphlogistique très actif d'abord, et puis sagement combiné avec les moyens adoucissants et les révulsifs, parvint seul à guérir les malades.

Dans les circonstances dont il s'agit, l'usage du quinquina était assez rarement indiqué, sans doute à cause de la complication de gastrite ou de gastro-entérite qui s'ajoutait fréquemment à l'affection catarrhale, et parce que l'apyrexie était rarement parfaite. Sydenham n'y avait jamais recours qu'un peu tard, et qu'après l'effet des saignées, de la diète et des boissons adoucissantes.

Les faits que nous devons aux médecins anciens, sous les n°s 198, 207, 208, 209 et 210, surtout à Morton, Lautter, Strack, nous semblent contenir des détails suffisants pour caractériser des pleurésies et des péripneumonies intermittentes tierces et double-tierces. Ces praticiens ont très bien reconnu les phlegmasies dont il s'agit; et c'est évidemment, c'est uniquement le type périodique qui leur a fait penser que c'était des fièvres intermittentes cachées sous ces formes inflammatoires, si l'on en juge par les expressions mêmes dont ils se servent pour les indiquer : *tertiana duplicata,* dit Lautter, *sub veræ et sævæ pleuritidis larvâ. Febris tertiana peripneumoniam acutissimam simulans,* dit Morton ; et selon Strack, *febris intermittens phthisi pulmonali simillima.* D'ailleurs les causes, les symptômes, le traitement, tout ici ne nous indique-t-il pas positivement le siége et la nature des affections dont il s'agit? Dans l'une des deux observations que nous avons choisies entre plusieurs autres dans l'ouvrage cité de Lautter, c'est une femme qui s'expose à la fraîcheur de la nuit après s'être échauffée par un grand exer-

cice. Elle est prise de frisson, de froid, d'une douleur violente au côté droit de la poitrine, d'une toux fréquente, d'une respiration courte, difficile, douloureuse; son pouls est plein, dur, fréquent; sa langue blanche et sèche. Que faut-il de plus pour caractériser une bonne pleurésie? Lautter reconnut très bien cette phlegmasie, fit saigner deux fois la malade, et insista sur les moyens antiphlogistiques. Mais ayant observé que le redoublement des symptômes indiqués avait lieu à des époques fixes, et que les urines étaient sédimenteuses, il pensa dès lors que cette affection était une fièvre intermittente *qui se cachait sous la forme d'une pleurésie;* il administra le quinquina. La malade fut guérie. Un observateur non prévenu peut-il voir dans ce fait autre chose qu'une véritable pleurésie rémittente? et quel médecin aujourd'hui pourrait encore en tirer parti pour établir une fièvre intermittente *essentielle* sous le nom de *pernicieuse pleurétique?*

Morton nous dit que, chez son malade sous le n° 209, on jugeait par la toux, la difficulté de respirer et la douleur très violente ressentie dans la région de la plèvre et du poumon, *qu'il était comme les individus affectés de péripneumonie.* Il lui fit pratiquer une saignée, donner des boissons adoucissantes et ensuite le quinquina pour prévenir le retour des accès. Dans les deux faits rapportés par Strack, l'inflammation de la plèvre chez l'un, et celle du poumon chez l'autre, furent très bien reconnues par ce praticien. Il traita la première par la saignée et autres moyens antiphlogistiques qui suffirent à la guérison du malade. Il fit prendre le plus promptement possible le quinquina au second malade parce qu'il était déjà beaucoup affaibli par la durée de son affection. La cause et les symptômes de cette maladie indiquent assez quelle est sa nature, puisqu'il s'agit d'un individu prédisposé comme ses parents aux affections de poitrine, et chez qui elle se déclare à la suite d'un refroidissement subit occasionné par l'imprudence qu'il eut de boire de l'eau froide pendant qu'il était dans un état de chaleur et de sueur très considérable.

Les exemples de pleurésies sous les nos 203, 205 et 215 ne laissent pas de doute sur leur nature inflammatoire et sur leurs types rémittent et intermittent, quotidien et tierce. Dans le premier il s'agit d'une jeune fille de douze ans, d'une taille élevée, qui éprouve d'abord un catarrhe pulmonaire dont elle guérit à l'aide

de boissons chaudes et mucilagineuses. A peine rétablie, elle abuse de la permission qu'on lui accorde de se livrer à des courses champêtres qu'elle prolonge après le coucher du soleil, de manière à ressentir toute la fraîcheur du serein. Le même soir les symptômes de la pleurésie se déclarent; on lui oppose les sangsues; le point de côté et la fièvre disparaissent. Mais le lendemain, exacerbation pleurétique et fébrile aux mêmes heures. On croit d'abord que les moyens antiphlogistiques suffiront pour guérir la malade; cependant un troisième accès se déclare le surlendemain avec des symptômes cérébraux si violents qu'ils effacent les symptômes pleurétiques. La prudence du médecin le porte à administrer promptement le sulfate de quinine; mais craignant avec raison de l'introduire dans l'estomac, dont l'irritation sympathique avait été d'abord très sensible, il le fait employer en frictions à la surface interne des membres; son efficacité n'en fut pas moins complète, et le retour des accès prévenu.

Dans le second fait, disposition du malade, causes, symptômes, traitement, hémorrhagie critique, tout indique évidemment le siége et la nature inflammatoire de l'affection périodique. En effet, il s'agit d'un garçon boulanger de vingt-six ans, sanguin, athlétique, qui va tout en sueur s'exposer brusquement à un air très froid : aussitôt, frisson, lassitude générale, point pleurétique, pouls dur et développé, toux sèche, crachats sanguinolents, etc. Deux saignées sont pratiquées le même jour, et le lendemain apyrexie; le malade est généralement bien; mais on a l'imprudence de troubler ce bien-être par un émétique adressé à une prétendue complication gastrique, et le soir il y a un redoublement avec augmentation de tous les accidents; un semblable redoublement continue à revenir chaque soir malgré une troisième saignée, des sangsues, des vésicatoires, etc., jusqu'au moment où une douleur aiguë se fait sentir dans les reins, suivie d'abord d'ischurie et puis d'une hématurie considérable à la suite de laquelle le malade se trouve convalescent et bientôt parfaitement guéri. On voit ici une violente pleurésie qui est enlevée en moins de vingt-quatre heures par deux saignées; peut-être n'eût-elle pas été reproduite sans le vomitif; mais un second accès pleurétique ayant été provoqué, il fut suivi de deux autres; puis il y eut déplacement de l'irritation sanguine, qui s'est portée de la plèvre dans les reins, où elle s'est terminée par une hémorrhagie critique.

Dans le troisième fait on voit un soldat qui se livre à des travaux fatigants au milieu desquels il sue beaucoup et se trouve exposé à la pluie ; il termine sa journée au cabaret ; et le soir il éprouve les symptômes suivants : frisson, abattement et lassitude générale, toux, respiration courte, fréquente, accompagnée de douleur vive et lancinante sous le téton gauche ; pouls dur, fréquent, etc. A l'aide d'une application de sangsues et du régime adoucissant tous ces symptômes disparaissent si complétement, que le lendemain on croit le malade guéri. Mais le troisième jour, retour des mêmes symptômes pleurétiques et fébriles, précédés également de frisson. Le jour suivant, nouvelle intermittence. Plusieurs accès se sont encore renouvelés et ont cédé à des doses répétées de quinquina en substance. Les organes digestifs n'étant point malades, l'administration du quinquina n'a pas présenté d'inconvénients dans cette maladie ; on voit pourtant que la souffrance sympathique de l'estomac pendant l'accès pleurétique ne lui a point permis de le digérer quand il a été donné à une époque trop rapprochée de cet accès. N'est-il pas probable que le quinquina se serait opposé plus promptement au retour de cette inflammation périodique, si M. Reis eût fait précéder son emploi de celui, mieux indiqué dans le principe, des émissions sanguines locales ou générales? Celles-ci auraient infailliblement diminué l'intensité des accès pleurétiques, si même elles ne les avaient pas guéris sans retour, comme dans les observations sous les n°s 205, 210 et 214.

Dans l'exemple de pleurésie quotidienne, observé par M. Chauffard sous le n° 204, on voit que ce praticien reconnut parfaitement le type et la nature de la maladie ; aussi a-t-il dompté très facilement le type périodique de cette phlegmasie par l'administration du sulfate de quinine, ayant eu auparavant le bon esprit d'attaquer les phénomènes inflammatoires par la saignée et une forte application de sangsues sur le point douloureux.

On voit dans l'observation de Mattheï une femme sujette aux catarrhes, qui éprouve, chaque jour aux mêmes heures, un accès caractérisé par le frisson, les tremblements, la fréquence du pouls, une toux vive et suffocante, une douleur pongitive dans le côté droit de la poitrine, des crachats muqueux et sanguinolents, une respiration courte, laborieuse, pénible, etc. Tous ces symptômes n'indiquent-ils pas une véritable péripneumonie,

et leur retour constant à la même époque de la journée n'indique-t-il pas son type intermittent quotidien? Cette phlegmasie étant assez intense pour développer de la fièvre, le praticien qui l'a observée a cru devoir en faire une fièvre intermittente *essentielle, compliquée* de pleurésie! Quel médecin aujourd'hui pourrait s'abuser au point de voir dans ce fait deux entités pathologiques différentes?

La souffrance du poumon sous le nº 200 est caractérisée par une toux très forte, une respiration difficile, laborieuse, l'impossibilité de rester couché; pouls dur et fréquent, langue sèche; l'arrivée de l'accès pneumonique est annoncé par un vif frisson. On prend cette maladie pour une fièvre intermittente *pernicieuse dyspnéique*; cependant on a le bon esprit de pratiquer sur-le-champ une saignée. Qu'en résulte-t-il? que les périodes de frisson et de chaleur sont suivies d'une abondante sueur, à laquelle succède une intermittence parfaite, tandis qu'auparavant il y avait à peine une rémittence bien sensible entre les accès. Cependant, les symptômes pneumoniques et fébriles étant revenus encore à la même époque, et ayant été suivis d'une apyrexie complète, on en profite avec raison pour administrer le sulfate de quinine, et enrayer le plus promptement possible des accès qui pouvaient augmenter d'un jour à l'autre et faire périr le malade.

Dans l'observation suivante, il s'agit d'un homme qui habite un lieu marécageux et qui est exposé aux alternatives d'une température fraîche le matin, très chaude à midi, froide et humide le soir; il est pris d'un accès caractérisé par les symptômes suivants: frisson d'une ou de deux heures, douleur fixe et profonde dans la partie droite moyenne du thorax, oppression, respiration courte et fréquente, toux, expectoration de crachats sanguinolents, pouls fréquent, dur, etc.; intermittence complète depuis quatre heures du matin jusqu'à trois heures après midi. Deux médecins reconnaissent ensemble la nature inflammatoire et la marche intermittente de la maladie, qui fut combattue avec succès par les applications de sangsues sur le point douloureux, par les boissons adoucissantes et le sulfate de quinine. Causes, symptômes, diagnostic, traitement, tout ici confirme l'existence d'une véritable pneumonie intermittente quotidienne.

La pleuro-pneumonie, sous le nº 212, est également remarquable par la régularité et la constance des symptômes inflam-

matoires de la plèvre et du poumon, qui sont revenus de deux jours l'un pendant long-temps, et sous l'influence d'un traitement bien peu méthodique. Le médecin n'ayant point saigné la malade, il a fallu que la nature y ait suppléé par une épistaxis abondante, qui s'est répétée vers la fin de la maladie pendant quatre ou cinq accès consécutifs. Cette phlegmasie périodique et fébrile a disparu sans quinquina, et par les seuls efforts de la nature. Dira-t-on qu'il y avait là une fièvre intermittente nerveuse dont la crise s'est opérée par des hémorrhagies?

Dans les trois observations sous les n°s 202, 213 et 217 le diagnostic porté par les praticiens qui ont vu les malades, et les autopsies pratiquées après leur mort, ne laissent aucun doute sur le siége et la nature des affections pulmonaires, bien qu'elles aient offert un type intermittent d'abord et puis rémittent, c'est-à-dire que, devenues profondes et opiniâtres, ces affections ne présentèrent pas moins des exacerbations périodiques très sensibles. Dans le fait recueilli par M. Dugès à l'hôpital des Enfants, il s'agit d'une fille de dix-sept ans, qui eut d'abord plusieurs accès fébriles, sous type quarte; on les combattit par le quinquina seulement. Il y eut une apyrexie ou une intermission complète de dix à douze jours, et puis les accès fébriles revinrent accompagnés d'une douleur assez forte au côté droit de la poitrine, avec toux et dyspnée : ces symptômes se dissipèrent avec la sueur. Le lendemain 22 février, et à la même heure, troisième accès beaucoup plus intense; la respiration et la parole sont entrecoupées, la dyspnée est rendue considérable par l'accroissement de la douleur thoracique; la percussion donne le son clair de la pleurésie, le pouls est dur et fréquent. On administre de nouveau le quinquina, il est vomi pour la seconde fois. On applique six sangsues sur le point douloureux. La fièvre devient continue, la douleur, l'anxiété, augmentent; on se contente d'appliquer un vésicatoire *loco dolenti!* et la malade succombe. L'autopsie fait voir toute la plèvre du côté droit couverte d'une couenne grisâtre et contenant une demi-livre de sérosité trouble et floconneuse; le poumon du même côté est compacte, se déchire aisément et gagne le fond de l'eau; les autres organes sont sains. N'aurait-on pas prévenu cette funeste combinaison si l'on eût attaqué franchement cette pleurésie par les moyens antiphlogistiques convenables? Que pouvaient six sangsues contre elle, chez une fille de dix-sept ans! Du moment que le quinquina ne pouvait être supporté par

l'estomac, pourquoi ne pas l'administrer en lavements? d'ailleurs, malgré les accès ou les redoublements fébriles et périodiques de la pleurésie, l'intensité de la douleur locale indiquait assez qu'il fallait avoir recours à d'autres moyens qu'au quinquina et au vésicatoire dont l'effet a été plutôt nuisible qu'utile. En somme, cette observation nous semble prouver que le type périodique d'abord, puis la pâleur et la faiblesse apparente de la malade, en ont imposé et fait méconnaître la nature de cette maladie; de là un traitement peu convenable et la mort.

Si le même accident arriva dans le fait suivant, ce ne fut point la faute de Brera, qui, après une consultation, reconnut que la fièvre d'accès était symptomatique de l'affection périodique ou rémittente du poumon ; aussi ce célèbre praticien conseilla-t-il de discontinuer l'usage du quinquina pour en venir aux moyens adoucissants et antiphlogistiques ; mais le malade ne tint pas compte de cet avis, non partagé par son médecin ordinaire qui continua de prescrire des fébrifuges et que la mort du malade vint trop tard éclairer sur la véritable nature de la prétendue fièvre *essentielle*.

Il en est de même de l'observation sous le nº 217, recueillie par M. Bricheteau. Il s'agit d'une femme qui éprouvait depuis quelque temps des accès de fièvre intermittente, accompagnés de douleurs *vagues* dans la poitrine. Un chirurgien est appelé, qui ne prend en considération que le caractère intermittent de cette affection et administre le sulfate de quinine avec un succès momentané; mais les accès ne tardent point à se reproduire avec un accroissement d'intensité tel qu'il en résulte des symptômes généraux si graves qu'un autre médecin consultant croit reconnaître une fièvre typhoïde. Cette femme est conduite à l'hôpital dans un état comateux qui, joint aux renseignements donnés par les parents, font croire à l'existence d'une *fièvre rémittente pernicieuse déjà ancienne*. On administre le sulfate de quinine en potion et le quinquina en lavement deux jours de suite sans qu'on *remarque* rien du côté de la poitrine ; cependant le mal empire ; la gêne de la respiration engage à percuter cette cavité dont tout le côté gauche offre un son mat et une absence complète de respiration; mais la mort survient après cette investigation, et l'autopsie fait voir des altérations organiques assez marquées, surtout dans la plèvre et le poumon gauche. Ici, comme dans l'observation de M. Dugès, n'est-il pas vrai que les symptômes fébriles rémittents et intermittents ont complétement masqué les symptômes de la

pleuro-pneumonie, contre laquelle on n'a dirigé aucun moyen, si ce n'est une application intempestive de vésicatoire dans le commencement de la maladie?

Il n'en est pas de même à cet égard dans le fait sous le n° 219. M. Maillot, qui a vu un si grand nombre de fièvres intermittentes pernicieuses pendant son séjour à Alger, s'était habitué à reconnaître des organes souffrants et phlegmasiés à travers tous ces phénomènes généraux et sympathiques si nombreux et si variés qui tendaient presque toujours à en imposer pour des accès fébriles pernicieux, rémittents et intermittents. Il s'agit d'un soldat, âgé de vingt-deux ans, qui avait eu déjà plusieurs récidives de fièvre intermittente, et qui était entré à l'hôpital d'Alger le cinquième jour d'une fièvre tierce, dont le premier accès avait été accompagné d'une douleur pleurétique. Pendant le second accès, il avait rejeté quelques crachats sanguinolents; le jour de son entrée on attendait le troisième accès à six heures du soir. M. Maillot débuta par une application de cinquante sangsues sur le point douloureux et par l'administration de quarante grains de sulfate de quinine pour prévenir cet accès, qui revint néanmoins à l'heure ordinaire. A dix heures du soir, le pouls étant devenu plein et large, la peau chaude, les crachats sanguinolents, on lui pratique une saignée de dix onces. Le lendemain, le point de côté, le râle et la difficulté de respirer étant toujours très marqués, nouvelle application de vingt-cinq sangsues sur le côté malade; seconde et troisième saignées dans la journée; continuation de la diète, de l'eau gommée et du sulfate de quinine. Le jour suivant, intermission, apyrexie, plus de râle, plus de douleur; mais le lendemain, nouvel accès, retour des mêmes symptômes inflammatoires du même côté de la poitrine; quatrième saignée, troisième application de vingt-cinq sangsues à la base du poumon gauche; dès ce moment, tous les accidents fébriles et pernicieux se dissipent sans retour par la continuation du sulfate de quinine. Sans doute la force du malade et le climat d'Afrique doivent être pris en considération dans un traitement aussi actif; mais dans nos climats d'Europe, ne portons-nous pas la timidité trop loin, soit à l'égard des doses de sulfate de quinine, soit à l'égard des évacuations sanguines? En consignant dans son livre un grand nombre de faits semblables, M. Maillot aura rendu à la science et à l'humanité un véritable service; d'autant plus qu'il ne s'agit point d'une routine aveugle, mais d'un traitement raisonné auquel le

praticien distingué a été conduit en observant sur un grand théâtre et en s'éclairant par un grand nombre d'autopsies.

Déjà nous avions vu, sous les nos 206 et 218, deux malades traitées d'après les mêmes principes et avec le même succès : MM. Grégorie et Téallier, chez deux femmes sanguines et dont les accès pernicieux se faisaient remarquer par un frisson et par des points de côté, une respiration pénible, etc., ne craignirent point de pratiquer des saignées et de faire appliquer des sangsues sur le côté douloureux avant d'en venir à l'administration du sulfate de quinine, dont l'efficacité, préparée par un traitement antiphlogistique très méthodique, ne fut point douteuse, même à des doses très modérées. Dans ces deux cas, il est vrai, les médecins dont il s'agit reconnurent parfaitement les symptômes de la pleurésie, quoiqu'elle présentât un type tierce bien marqué ; les symptômes fébriles, pernicieux et intermittents ne leur ont point empêché de reconnaître et de traiter convenablement la phlegmasie de la plèvre. Nous trouvons également un traitement antiphlogistique assez méthodique sous le no 220, recueilli par M. Cazentre à l'Hôtel-Dieu de Bordeaux. M. Dutrouilh avait d'abord classiquement qualifié ce fait de *fièvre insidieuse péripneumonique ;* mais le prestige de la fièvre et de l'intermittence dut s'évanouir quand on vit durant l'accès fébrile pernicieux le malade cracher du sang et accuser une douleur fixe, aiguë sous le téton gauche, quand on se fut assuré du râle crépitant qui avait lieu de ce côté de la poitrine, puis de la plénitude du pouls, etc.

La cause et les symptômes de la péripneumonie sont bien évidents sous le no 211, puisqu'il s'agit d'un homme qui boit de l'eau froide pendant qu'il a très chaud, et puisque les symptômes durant l'accès sont le frisson, le point de côté, la toux, l'oppression, le crachement de sang, la coloration des pommettes, les nausées, l'agitation, le délire, etc. Peut-on dire que ce soit là une fièvre pernicieuse essentielle qui produise tous ces symptômes inflammatoires? Ne sont-ils pas au contraire le résultat d'une congestion sanguine et périodique du poumon? L'observation sous le no 222, du même auteur, offre également les symptômes d'une péripneumonie avec fièvre et type quintane. L'inflammation du poumon a été d'abord précédée d'un catarrhe sans fièvre ; elle revient par accès suivis pendant quatre jours d'une rémittence très marquée ; on en prévient le retour comme dans l'exemple

précédent, par l'administration du quinquina ; mais le catarrhe pulmonaire reprend sa marche continue et sans fièvre ; or, peut-on dire que ce soit encore là une fièvre rémittente *pernicieuse essentielle*? fièvre offrant tous les symptômes d'une péripneumonie, ou se cachant sous les apparences d'une inflammation du poumon, inflammation pourtant qui commence et finit par un vrai catarrhe pulmonaire !

Dans le fait rapporté sous le n° 214, les symptômes de la phlegmasie du poumon sont si marqués que le médecin qui en fut témoin n'hésita point à reconnaître une péripneumonie aiguë ordinaire et sans complication gastrique ; il la traita par une saignée abondante, la diète et les boissons émollientes. Le lendemain, plus de toux, respiration libre, percussion du thorax d'un son clair ; le malade demande à manger. L'étonnement qu'éprouve le médecin de la disparition si prompte et si complète de cette phlegmasie lui commande la réserve et l'attention. Ce n'est pas sans motif, car le jour suivant nouvel accès ; mais, au lieu d'être caractérisé comme le précédent par des symptômes pneumoniques, il *présenta*, dit M. Dufau, *tous les signes d'une violente phlegmasie de l'estomac propagée à l'encéphale*, et l'intervalle apyrétique qui avait existé depuis la cessation de l'irritation pulmonaire jusqu'à la manifestation de l'inflammation gastrique, annonçait avec évidence que j'avais à combattre une affection intermittente.

L'accès fut modéré par les émissions sanguines et les moyens antiphlogistiques et révulsifs les plus convenables ; aussitôt qu'il fut terminé, on n'hésita point à administrer le quinquina, eu égard à la violence et au danger des symptômes qui l'avaient caractérisé. Cependant, comme on pouvait craindre avec raison que l'estomac fût encore très irritable, on donna ce remède en lavements et en frictions à la partie interne des membres. Quand on présuma que la rémission était aussi parfaite que possible, alors on administra le sulfate de quinine par la voie de l'estomac, qui néanmoins le supporta péniblement. Un nouvel accès eut encore lieu, mais il fut moins violent. On le combattit par une seconde application de sangsues, et ce fut le dernier.

Cette observation remarquable prouve que M. Dufau, bien pénétré des principes de la doctrine physiologique, a su en faire l'application avec la méthode, l'activité et la réserve d'un praticien éclairé.

Nous pourrions faire les mêmes réflexions et tirer les mêmes conséquences à l'occasion du fait observé par M. Roche sous le n° 221.

Voici les réflexions que le fait, sous le n° 223, suggère au médecin qui l'a recueilli : « Cette observation, dit M. Blaud, nous offre l'exemple d'une *fièvre intermittente pernicieuse d'un type fort singulier*, puisque le second accès ne survint que le cinquième jour après le développement du premier. Elle se trouvait *compliquée* d'une pleuro-péripneumonie qui en était l'*effet* et non la cause essentielle, car ni la saignée locale abondante qui fut opérée par les sangsues, ni le vésicatoire appliqué ensuite sur le point douloureux, ne purent en prévenir le retour, tandis que le sulfate de quinine s'y opposa de la manière la plus efficace. Cette phlegmasie était d'une *nature particulière*, ou plutôt elle n'était qu'une inflammation *apparente*. Elle formait un symptôme particulier, lié au *trouble interne*, *suî generis*, qui constituait la pyrexie, dont il n'était que l'irradiation. Aussi fut-elle efficacement prévenue par le *spécifique* qui pouvait seul s'opposer à la *cause morbifique interne particulière*, dont elle n'était que le produit. »

Comme ces réflexions de M. Blaud expriment toute la pensée des médecins antiphysiologistes, comme elles contiennent la substance des principales objections qu'on ne cesse d'opposer à la théorie physiologique des irritations intermittentes, nous devons nous y arrêter. L'observateur du fait dont il s'agit s'étonne d'abord de ce que l'accès ne revint que le cinquième jour, et il trouve ce type *fort singulier* ! Il nous semble que ce type n'est plus aujourd'hui une singularité bien étonnante, puisqu'il a été observé par Stoll, par Franck, par Arloing, par les professeurs Marjolin et Piorry, et par plusieurs autres praticiens ; s'il y a là quelque singularité, c'en est une du même genre que celle du type tierce, quarte, octane, mensuel, etc. Mais voici le grand argument contradictoire ! La fièvre intermittente pernicieuse était *compliquée* d'une péripneumonie qui en était *l'effet* et non la cause essentielle... Ainsi donc M. Blaud a vu, chez le même malade, deux maladies bien distinctes, savoir, une péripneumonie, et puis une fièvre pernicieuse ! Admettons pour un instant, comme le veut M. Bland, que la péripneumonie soit l'effet de la fièvre, cela n'empêche pas que ce qu'il y a ici de plus saillant et de plus important, c'est l'existence elle-même, c'est le

fait de la phlegmasie du poumon, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause externe ou interne, évidente ou cachée ; puis c'est la disparition de cette phlegmasie pendant un certain temps et son retour périodique, vérité qu'on ne peut point non plus contester. Or, de ces deux maladies qui attaquent à la fois le même individu, d'après MM. Blaud, Bailly, Rayer, etc., l'une nous est parfaitement connue, c'est la péripneumonie ; il n'en est pas de même de la *fièvre pernicieuse;* il faudra donc que M. Blaud nous dise ce qu'il entend par là et quelle est la cause de cette fièvre, car il ne pense pas que ce soit un être imaginaire, ni un effet sans cause! Mais ce qui frappe surtout l'attention à côté du mot *fièvre,* c'est l'épithète *pernicieuse*, et l'on demande, qu'est-ce donc qui rend cette fièvre pernicieuse? est-ce la complication de la péripneumonie? Oui, disent les médecins antiphysiologistes. Ils conviennent aussi que cette fièvre a été pernicieuse dès son premier accès, puisque la toux, le point de côté, la difficulté de respirer, etc., se sont fait sentir en même temps que le frisson fébrile; donc la péripneumonie a commencé aussi vite que la fièvre, donc elle n'est pas, comme le veut M. Blaud, *l'effet de la fièvre.* Elle n'en sera donc ni l'effet, ni la cause; ce seront donc deux maladies bien distinctes, tout-à-fait indépendantes l'une de l'autre, qui pourtant s'entendront assez pour se développer au même instant, pour marcher ensemble sans avoir rien de commun, et se terminer en même temps par des crachats, par des sueurs et diverses évacuations! De telles conséquences sont-elles bien loin de conduire à l'absurdité?

Quand une pneumonie ordinaire ou continue se développe, elle est aussi accompagnée de frisson, de céphalalgie, de malaise général, d'anxiété, de fatigue dans les membres, de fréquence et dureté du pouls, d'inappétence et autres symptômes généraux qu'on appelle fièvre; elle peut aussi se terminer, au bout de quelques jours, par des urines et des sueurs abondantes. On ne dit pas alors que la pneumonie soit l'effet de la fièvre ; c'est le contraire qui est généralement reconnu. D'où vient un tel changement dans le diagnostic quand il s'agit de la même maladie, du trouble des mêmes fonctions, de la souffrance et de la lésion des mêmes organes? Pourquoi veut-on que, dans cette dernière circonstance, la fièvre soit l'effet de la péripneumonie, tandis qu'on en fait la cause dans le premier cas? Voici les raisons : *C'est que ni la saignée locale abondante qui fut opé-*

rée par les sangsues, ni le vésicatoire appliqué ensuite sur le point douloureux, ne purent en prévenir le retour... Mais, de bonne foi, sont-ce là des raisons? Quoi! parce qu'une péripneumonie sera revenue, par une cause quelconque, à une certaine époque, et sera revenue avec tous les symptômes qui caractérisent une phlegmasie du poumon, ce ne sera plus une péripneumonie! On n'ignore pas qu'il y a également des rechutes dans les péripneumonies continues; et pourtant qui a jamais songé à voir dans une seconde ou une troisième récidive de cette phlegmasie autre chose qu'une nouvelle inflammation du poumon, quand elle se présente d'ailleurs avec le même appareil de symptômes que la première fois? Le sulfate de quinine, dites-vous, en prévient le retour; oui, c'est un fait. Mais que pouvez-vous conclure de ce fait, sinon que vous en ignorez le pourquoi, comme vous ignorez pourquoi ce même médicament prévient le retour d'une maladie périodique quelconque? Certes on ignore ce pourquoi-là, comme on ignore pourquoi l'émétique fait vomir, pourquoi la rhubarbe purge, pourquoi l'opium calme ou endort, et tant d'autres pourquoi qu'il serait facile de multiplier. Vous concluez d'un pourquoi qui vous échappe, que la péripneumonie dont il s'agit est *le produit d'une cause morbifique interne particulière, liée au trouble interne*, suî generis, *qui constitue la pyrexie!* Nous sommes forcé de demander à M. Blaud ce qu'il entend par des expressions si vagues et si mystérieuses que lui seul peut en connaître le sens? Ce *trouble interne* suî generis, cette *cause morbifique interne*, ne sont-ils point des mots pour remplacer ceux de *fièvre essentielle* dont on n'ose plus se servir, et de laquelle pourtant on ne peut sortir sans voir les maladies dans les organes dont les fonctions troublées nous indiquent la lésion? C'est pour sortir de l'*essentialité fébrile*, sans vouloir reconnaître les vérités fondamentales de la doctrine physiologique, que MM. Rayer, Jolly, Guérin de Mamers, Brachet, etc., ont imaginé de faire provenir les symptômes généraux ou sympathiques qu'on nomme fièvre (continue ou intermittente), d'une lésion ou d'une irritation *idiopathique* du cerveau et de la moelle épinière! Ces médecins ont-ils bien réfléchi à la multiplicité des *lésions cérébro-spinales* qui vont être la conséquence de leur hypothèse? car tout praticien sait qu'il suffit d'une indigestion, d'un érysipèle, d'un panaris, ou de la moindre lésion locale chez une personne irritable, pour développer la céphalalgie, le fris-

son, la courbature, le malaise général, le brisement des membres, en un mot les phénomènes sympathiques qu'on attribue si gratuitement à une lésion idiopathique (1) du système cérébro-spinal et ganglionnaire. Les observateurs et les praticiensqui ouvrent fréquemment des cadavres ont dû être fort surpris d'apprendre que cette lésion fût si fréquente et jouât un si grand rôle! eux qui ne l'ont presque jamais constatée dans leurs nombreuses recherches anatomico-pathologiques ! MM. Nepple et Bonnet, surtout MM. Bailly et Maillot, qui ont pratiqué tant d'autopsies à la suite des fièvres intermittentes pernicieuses, ne nous citent que peu ou point de cas dans lesquels ils aient trouvé la lésion de la moelle épinière. Mais revenons à M. Blaud, pour lui demander encore ce qu'il entend par ces mots *phlegmasie d'une nature particulière ou apparente?* Y aurait-il par hasard une phlegmasie du poumon qui ne fût pas d'une nature inflammatoire, tout comme il y a, selon M. Bailly, des *ophthalmies nerveuses?* Remarquons bien ces diverses épithètes que nos adversaires donnent à la phlegmasie, pour en faire quelque chose qui ne soit pas de nature inflammatoire, et qu'ils puissent pourtant faire agir et se présenter comme une inflammation intermittente dont ils ne peuvent plus aujourd'hui contester l'existence : MM. Tommasini et Bailly ont créé des inflammations *fausses* et *non véritables;* en voici d'*apparentes!* Pourquoi pas aussi des inflammations *putrides* et *bilieuses*, comme les humoristes? pourquoi pas des inflammations *larvées* ou *dissimulées?* Selon les anciens, c'était la fièvre qui se dissimulait, aujourd'hui ce sera l'inflammation, et Dieu sait sous combien de masques différents nous allons la voir! Ce que nous disons est si vrai que, à propos d'un autre fait absolument semblable au précédent, et publié par M. Blaud dans la *Revue médicale*, en 1832, sous le nom de fièvre intermittente *insidieuse péripneumonique*, et dont les intermissions étaient aussi de quatre jours, ce médecin nous dit : « qu'on voit là une fièvre *larvée*, marcher d'abord quelques jours sous le *masque*

(1) Ce mot idiopathique est ici très important, parce qu'il sépare l'opinion des médecins dont nous venons de parler de celle des médecins physiologistes qui ne voient dans les phénomènes généraux dont il s'agit que l'influence sympathique d'un ou de plusieurs organes malades sur le système nerveux cérébro-rachidien, comme l'inappétence, le dégoût, les envies de vomir, comme la fréquence du pouls, la vitesse de la respiration, le froid ou la chaleur de la peau, etc., dépendent de la même influence sur l'estomac, le cœur, le poumon, la peau, etc.

d'une péripneumonie, disparaître, reparaître de nouveau sous la même *apparence*... Du 15 au 19, on ne pouvait la distinguer de la péripneumonie réelle. L'amélioration qui survint le 19 ne suffisait pas pour la faire reconnaître; car les *péripneumonies franches ont quelquefois cette heureuse terminaison.* D'ailleurs le cours d'une intermittente a-t-il ordinairement cette longue durée (quatre jours)?... Enfin la cessation des symptômes péripneumoniques et l'intermittence qui survint, mirent fin à notre incertitude et dévoilèrent la véritable nature du mal (c'est-à-dire une fièvre intermittente insidieuse péripneumonique) ! » On voit dans ce fait, comme sous le nº 223, que M. Blaud est fort embarrassé de caractériser la maladie dont il s'agit, soit à cause de la longue durée de l'intermittence, soit à cause du retour et de la disparition, avec la fièvre, des symptômes de la péripneumonie. Tant il est vrai qu'une fois fourvoyé hors la bonne route, il est bien difficile de diriger ses pas mal assurés !

De ce que nous venons de dire, l'on peut conclure, en dernière analyse, que les médecins antiphysiologistes ne s'entendent pas entre eux, et se comprennent si peu eux-mêmes qu'ils se perdent dans des pourquoi, qu'ils se jettent dans des distinctions subtiles, dans des suppositions gratuites qu'ils nous donnent ensuite pour de bonnes raisons! La faiblesse ou la futilité de ces raisons saute à tous les yeux; mais il est bon quelquefois d'en faire justice quand l'occasion s'en présente. Cette petite digression ne se rapporte point seulement aux deux faits de péripneumonie à type quintane dont nous venons de parler, mais à une opinion développée par M. Blaud dans pluseiurs articles de la *Revue* et de la *Nouvelle Bibliothèque médicale.*

Le fait observé sous le nº 225 a été caractérisé de *fièvre pernicieuse*, parce qu'il se présenta à une époque où règnaient beaucoup d'autres fièvres intermittentes plus ou moins graves, par suite du desséchement d'un marais voisin. Cependant ce sont à peu près les mêmes phénomènes que la malade avait éprouvés, depuis plusieurs années, à chaque période menstruelle. Il n'y a de différence que dans l'intensité et les retours en tierce des phénomènes dont il s'agit. Cette fois encore, comme auparavant, la malade fut promptement soulagée par une application de sangsues. On conçoit très bien, chez une femme de trente-huit ans, très irritable, dont les règles coulent en trop petite quantité, et qui a peut-être encore une affection chronique des ovai-

res, on conçoit, disons-nous, qu'il puisse y avoir à chaque période menstruelle, d'abord influence sympathique de la matrice sur les principaux viscères, et ensuite reflux ou congestion du sang vers celui qui se trouve le plus disposé à ce genre d'affection ; et cela indépendamment de la constitution atmosphérique et de l'épidémie régnante. M. Coutanceau, qui rapporte l'observation dont il s'agit, ne fait point de la fièvre pernicieuse carditique *une fièvre essentielle ;* c'est, selon lui, *un appareil fébrile supposé*, ou *une affection spéciale du principal agent de la circulation.* Il ne s'explique pas sur sa nature inflammatoire ou nerveuse ; mais il est probable qu'il s'agit d'une irritation complexe, pour le moins autant nerveuse qu'inflammatoire, à en juger par le tempérament de la malade, par les symptômes décrits et l'utilité des opiacés. Cependant, d'un autre côté, on est porté à croire à une congestion inflammatoire, vu que cette maladie se déclare à l'époque d'une révolution sanguine, et que la malade a toujours été traitée avec succès par les sangsues et les moyens antiphlogistiques pour les affections antérieures et analogues qu'elle a éprouvées.

« L'observation sous le nº 224 démontre, dit M. Pallas, que les affections du cœur sont susceptibles de revêtir la forme intermittente. Les exemples en sont très rares, mais on les observerait peut-être plus souvent dans la pratique si l'on voulait faire attention à la périodicité des maladies en général. Les exacerbations ou redoublements, ainsi que les paroxysmes que l'on observe dans les irritations phlegmasiques qui voyagent et passent d'un organe à un autre, constituent véritablement une intermittence d'action pathologique dans certains organes, sans qu'il soit possible de remarquer une apyrexie complète, parce que les symptômes d'irritation d'un organe actuellement affecté se confondent ou alternent avec ceux que doit produire l'irritation occasionnée par le déplacement de la première, et qui se manifeste dans un autre organe. Quoi qu'il en soit, l'exemple de cardite intermittente dont nous venons de faire l'histoire n'est certainement pas le premier qui ait été observé, car il peut être rapporté, à mon avis, à la fièvre pernicieuse carditique, qui a été principalement décrite par Juncker. »

M. Andral, dans sa Médecine clinique, rapporte des observations qui ont beaucoup d'analogie avec celle de M. Pallas, et dans lesquelles on observe des rémittences et des intermittences

bien manifestes dans les phénomènes fébriles et cardiliques.

Un fait analogue est également rapporté par M. Nepple, sous le nom de *fièvre rémittente gastro-carditique* (1).

Enfin l'on voit, sous le nº 226, un fait bien remarquable, soit par son type variable d'intermittence, soit par le siége et la nature d'une maladie sur laquelle il a été bien difficile d'établir un diagnostic aussi positif et aussi sûr. Il a fallu toute l'attention, l'habitude et la sagacité des professeurs Marjolin et Piorry pour reconnaître cette espèce d'angine de poitrine et d'hypertrophie périodique du cœur. C'est à l'aide d'un régime approprié, des évacuations sanguines locales et générales, et surtout par l'administration à haute dose du sulfate de quinine, que les praticiens dont il s'agit ont triomphé d'une maladie grave à la fois et très difficile à caractériser. C'est ainsi qu'au lieu de jeter vaguement dans un diagnostic les mots magiques de fièvre *pernicieuse carditique*, sans se rendre compte de rien, sans chercher à lever le voile formé par des phénomènes nerveux, fébriles et pernicieux; c'est ainsi, disons-nous, c'est à l'exemple de ces professeurs qu'il faut, dans tous les cas de fièvres intermittentes et rémittentes pernicieuses, aller à la source de tous ces phénomènes généraux, fébriles ou nerveux, idiopathiques ou sympathiques, bénins ou pernicieux, qu'il faut enfin chercher et découvrir les organes malades et la nature de leur lésion, afin d'établir un mode de traitement à la fois plus sûr, plus méthodique et plus satisfaisant.

SECTION III. — OBSERVATIONS QUI PROUVENT L'EXISTENCE DES PHLEGMASIES RÉMITTENTES ET INTERMITTENTES DES ORGANES DIGESTIFS, SOUS TYPES QUOTIDIEN, TIERCE, DOUBLE-TIERCE, QUARTE, OCTANE, DÉCIMANE ET QUINDÉCIMANE.

Gastro-entérite intermittente quotidienne. (Febris intermittens choleram morbum simulans.)

Nº 227. Une dame, après avoir parcouru la campagne dans un moment où la fièvre intermittente y était endémique, s'en retourna à Londres, où elle fut prise tout-à-coup d'un choléra-morbus très violent. On vint promptement me chercher, le lendemain matin, pour que je me rendisse auprès de la malade. La violence du spasme et l'abondance des évacuations, par le haut et par le bas, étaient telles que la vie de la malade me paraissait en grand danger. Les extrémités étaient froides, le pouls était irrégulier et à peine sensible; la malade était plongée dans une langueur profonde qui ap-

(1) *Ouvrage cité.*

prochait de la défaillance. Je lui fis boire abondamment de l'eau de poulet, et je lui fis administrer de suite un lavement de la même liqueur; j'ordonnai qu'on lui pratiquât des fomentations sur la région épigastrique avec un mélange de vin et d'eau ferrugineuse, dans lequel on aurait fait bouillir des sachets aromatiques, et qu'on lui donnât un julep carminatif avec douze, quatorze ou quinze gouttes de laudanum liquide. Le paroxysme étant terminé, j'examinai les urines de la malade, et les ayant trouvées rouges, briquetées, je prescrivis aussitôt des boissons fébrifuges pour prévenir de nouveaux accès. La malade, s'étant trouvée tout-à-coup parfaitement soulagée, négligea entièrement ma prescription; mais elle eut à se repentir de sa négligence: car le lendemain l'accès revint, comme auparavant, avec des symptômes affreux de choléra-morbus. Lorsque ces symptômes eurent disparu et que cet accès fut terminé, la malade me demanda elle-même avec instance les boissons fébrifuges que je lui avais prescrites auparavant, et mit, cette fois, beaucoup d'exactitude à suivre mon ordonnance. De cette manière elle fut délivrée de son choléra-morbus. Elle continua l'usage du quinquina à des intervalles que je lui indiquai; sa santé se rétablit parfaitement, et depuis cinq ou six ans elle n'a point cessé d'en jouir. (Morton, *Opera omnia*. hist. VIII.)

Gastro-entérite rémittente quotidienne. (Quotidiana remittens cum enormi diarrhæâ.)

No 228. Un homme âgé de trente ans fut pris, au mois de décembre 1760, d'une fièvre erratique avec un sentiment de gêne et de pesanteur dans la région épigastrique, avec perte d'appétit, et vomissement instantané de tous les aliments qu'il prenait. Un moine lui administra un émétique qui le fit vomir vingt-quatre fois, et qui détermina un même nombre d'évacuations alvines qui tourmentèrent beaucoup le malade. Ce remède, au lieu de l'avoir soulagé, n'avait fait que l'affaiblir et rendre sa fièvre plus intense. Le même moine fit prendre au malade d'autres remèdes qui le soulagèrent un peu; mais ayant voulu de nouveau l'évacuer, il en résulta, comme la première fois, un violent choléra. Le vomissement ne cessa que le lendemain, et une abondante diarrhée persistait encore, lorsque le malade réclama mes soins. Il me dit qu'il avait perdu toutes ses forces par la diarrhée; que ses intestins étaient douloureux et comme ulcérés; qu'il ne pouvait supporter le plus léger attouchement sur toute la surface de l'abdomen, et principalement sur la région épigastrique qui était tuméfiée, et où il éprouvait un sentiment de gêne; le pouls était fréquent et faible. J'employai les émollients et les calmants, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, jusqu'à ce que, par un examen plus attentif du malade et par l'inspection de ses urines, je pus mieux reconnaître le génie de la maladie. L'urine déposa un sédiment briqueté, et la fièvre me parut être une rémittente quotidienne avec une forte chaleur, une soif ardente, et exaspérée par une grande oppression et une diarrhée considérable. Les parégoriques et les émollients arrêtèrent un peu cette dernière, mais l'anxiété, le gonflement et la douleur de la région épigastrique augmentèrent considérablement. J'administrai donc le quinquina uni à la rhubarbe, mais la diarrhée n'en devint que plus violente et plus difficile à modérer. On continua le quinquina, soit uni à l'opium, soit seul; le flux de ventre diminua, mais l'anxiété n'en devint que plus insupportable. On continua le quinquina, en faisant prendre des lavements au malade, pour favoriser l'écoulement des matières fécales arrêté par ce médicament. Enfin le malade, rebuté de ce mode de traitement, *quoique nécessaire*, refusa absolument de reprendre du quinquina, se plaignant qu'il augmentait plutôt qu'il ne diminuait ses souffrances.

La diarrhée et la fièvre avaient tellement épuisé le malade qu'il ne restait que peu d'espoir de le sauver. Je prescrivis alors l'extrait aqueux de quinquina avec le sirop de citron et deux opiats par jour à prendre durant la rémission. Ces derniers moyens eurent un très bon effet. Tous les symptômes en furent considérablement diminués, ainsi que la diarrhée contre laquelle je fis prendre l'aigremoine. Mais le malade, au milieu de la joie que lui faisait éprouver le succès des remèdes, but avec excès de la bière froide qui ramena une fièvre plus violente qu'auparavant Pour la première fois, il ressentit un froid très considérable aux pieds et aux mains, tandis que toutes les autres parties du corps étaient couvertes de chaleur En même temps le malade fut en proie pendant deux heures à des anxiétés insupportables; la chaleur devint ensuite beaucoup plus considérable et fut accompagnée de délire et d'une soif très vive, qui se fit sentir pendant la moitié de la journée. Il y avait encore en même temps des évacuations alvines fréquentes et copieuses qui persistèrent souvent pendant la rémission de la fièvre. On administra de nouveau l'extrait de quinquina et les opiats, dont l'usage plusieurs fois répété fit disparaître en grande partie, et dans l'espace de deux semaines, la diarrhée, la fièvre et les anxiétés. J'aurais désiré que le malade continuât plus longtemps l'usage de tous les moyens indiqués, mais je ne pus l'y décider ; j'obtins seulement de lui qu'il se tînt à un régime convenable, à l'aide duquel il revint peu à peu à une santé parfaite. Durant le cours de cette maladie, qui dura sept semaines, le malade a vomi plus de cinquante fois et est allé plus de six cents fois à la selle. (Lautter, *Historia biennalis*, *casus* 22.)

Gastro-entérite intermittente quotidienne. (Fièvre pernicieuse hépatique.)

No 229. Un soldat fut transporté à l'hôpital trois jours après l'invasion d'une fièvre sur laquelle, aussitôt que j'eus vu le malade, je portai un mauvais pronostic : c'était le quatrième jour de la fièvre. J'appris que le premier et le deuxième jour elle avait débuté par des frissons et s'était terminée par des sueurs : que le troisième jour les frissons avaient été moins marqués, que peu de chaleur s'était fait sentir à l'extérieur, mais beaucoup à l'intérieur, et qu'après huit ou dix heures l'accès s'était terminé par d'abondantes sueurs. Quand il s'offrit à moi, j'observai les symptômes suivants : le pouls était à peine sensible, une sueur froide couvrait le corps du malade; il y avait des hoquets si fréquents qu'il pouvait à peine prononcer quelques mots; il était tourmenté par une affreuse cardialgie et des douleurs de ventre cruelles; il ne pouvait rester un instant à la même place, et il avait des déjections noires et mêlées de sang. Tout le corps du malade était couvert de pustules livides et noirâtres; il avait la face hippocratique, la langue sèche, une soif inextinguible, une grande agitation; en un mot, l'ensemble et la violence des symptômes étaient tels que tout le monde crut que ce malade allait bientôt rendre le dernier soupir. Je ne savais trop que faire dans la crainte de n'avoir pas le temps de lui administrer les remèdes convenables ; néanmoins, je lui fis prendre aussitôt six gros de quinquina dans du bon vin, et vers le soir encore un gros. Le lendemain, j'étais fort inquiet de savoir ce qui était arrivé, lorsque je me rendis auprès du malade ; mais je le trouvai un peu réchauffé; son pouls était bien sensible quoique faible; les sueurs, les hoquets, les déjections sanguinolentes, en un mot, tous les symptômes indiqués étaient beaucoup diminués. Je fis continuer l'usage du quinquina à moindre dose, et en peu de jours le malade se trouva beaucoup mieux. Le sixième jour, il survint une tumeur à l'anus qui s'ouvrit, suppura, et le malade fut bientôt rendu à sa santé primitive, qu'il conserva sans éprouver de rechute. (Torti, *Therap. special.*, lib. IV, cap. 4, hist. 5.)

Gastro-entérite tierce, quotidienne et continue.

No 230. Anne Marie, âgée de cinq ans, après avoir eu pendant six semaines une fièvre tierce, fut attaquée d'une fièvre quotidienne dont les accès étaient légers et avaient lieu dans l'après-midi. Après le second accès, on lui fit prendre un baume très actif, composé de baume du Pérou, d'huiles distillées et de quelques spiritueux (plusieurs fois par jour trois ou quatre gouttes). L'enfant eut encore trois accès. Le 3 août, au milieu d'un nouvel et sixième accès, il n'y eut que de la chaleur; la petite fille ne gardait le lit que pendant les accès, non pas encore toujours, tant elle supportait facilement sa maladie. Le lendemain ou le 4, elle refusa son déjeuner ordinaire, se trouva faible, rendit une selle teinte de sang vermeil; à neuf heures du matin, elle vomit quelque peu de matière jaune; elle dîna comme à son ordinaire et avec appétit. Sur les quatre heures de l'après midi (c'était le temps où l'accès devait la prendre), elle ressentit une douleur de colique d'estomac et des hypocondres; elle s'endormit à sept heures, et fut réveillée vers le milieu de la nuit par une douleur cruelle de l'estomac et de tout le bas-ventre. Cette douleur fut accompagnée de cris, d'agitation continuelle pendant tout le reste de la nuit. Le jour suivant et la nuit d'après, il n'y eut ni selle ni vomissement. Le 6 du mois, mêmes accidents. Appelé le soir, Stoll trouva sur les cuisses beaucoup de taches pétéchiales dont la couleur était variée, d'un rouge plus ou moins foncé, châtain, livide, noirâtre; les unes étaient lenticulaires, d'autres étaient larges; il n'y avait qu'une ou deux taches grandes et livides sur le corps et aux bras. La vitesse du pouls était étonnante, la chaleur mordicante au toucher, l'agitation et les cris continuels. Le 7, rien de changé; on remarquait sur le corps un plus grand nombre de taches pétéchiales larges et noires; il y en avait une au bras gauche, au-dessous du coude, large et livide. Vers midi, les extrémités devinrent froides; on ne sentait plus le pouls au poignet. Les cris et l'agitation ne discontinuèrent point. Après midi, le froid des extrémités augmenta, la tête se prit, la malade était agitée; elle mourut vers les sept heures du soir.

Le 8, Stoll procéda à l'ouverture. Ayant commencé par l'abdomen, il trouva l'estomac légèrement enflammé, et tous les intestins grêles, à l'exception de deux travers de doigt de longueur, en partie d'un rouge foncé, en partie d'un rouge livide; les gros intestins étaient sains. Dans tout le trajet des intestins grêles, enflammés en partie, et en partie gangrenés, on apercevait beaucoup de pétéchies, les unes petites, les autres grandes et de couleur différente, ou d'un rouge noirâtre, ou tout-à-fait noires. Le mésentère et le péritoine étaient parsemés de nombreuses pétéchies semblables à celles des intestins grêles. Les glandes du mésentère, beaucoup plus volumineuses que dans l'état naturel, étaient d'un rouge noirâtre et paraissaient comme autant de grumeaux de sang; une tache pétéchiale ouverte dans son milieu avec le scalpel répandait un sang extravasé, comme si l'on eût coupé une partie meurtrie, et de la même couleur qu'avait la tache pétéchiale elle-même avant l'incision. L'estomac ressemblait exactement à une peau de tigre mouchetée, c'est-à-dire blanche, parsemé de grandes et nombreuses taches noires. Les poumons étaient sains. On voyait à la surface du cœur des pétéchies de couleur et de grandeur différentes. Examinant les pétéchies répandues sur les bras et sur les jambes, il trouva qu'elles occupaient la peau dans toute sa substance, et souvent une portion du tissu graisseux placé dessous, en sorte que la peau et le tissu graisseux étaient teints de la même couleur; la plus grande de toutes, placée au-dessous du coude, à la partie externe du bras gauche, pénétrait à travers beaucoup de graisse jusqu'aux muscles et formait une espèce de cône dont la pointe touchait les muscles, et dont la base était à la superficie externe du bras. (Stoll, *Eph. trad.*, t. Ier, p. 185.)

Gastro-hépatite rémittente quotidienne. (Fièvre pernicieuse du Bengale.)

N° 231. James Johnson rapporte qu'un jeune homme d'une bonne constitution, plein de vie et de santé, fut pris, au retour d'une courte navigation sur *le Hoogly*, de la fièvre rémittente pernicieuse, qui est endémique au Bengale. Ce médecin vit le malade au moment où la période de froid venait de finir : la réaction fut violente, la douleur de tête très intense, la peau brûlante; une grande oppression se manifesta dans la région précordiale : le pouls devint fréquent et dur ; la soif, l'anorexie, les nausées, se manifestèrent. Émétique, suivi de vomissements bilieux. Une sueur abondante survint, et fut suivie d'une grande rémission. Une once de quinquina. La fièvre revient le lendemain et le jour suivant avec une violence encore plus grande; les accès sont accompagnés de vomissements opiniâtres, que le quinquina uni à l'opium et des potions effervescentes ne parvinrent point à calmer. Le malade succomba du troisième au quatrième jour, entièrement jaune.

Autopsie. — Foie gorgé de sang et si ramolli qu'on pouvait en enlever des lambeaux; presque tout son parenchyme semblait converti en un sang extravasé ; le peu de bile trouvé dans la vésicule avait la couleur et la consistance du goudron ; le canal cholédoque était épaissi et resserré. Plusieurs traces d'inflammation, dont quelques unes récentes, sur la muqueuse de l'estomac ; il en est de même sur quelques parties des intestins grêles. Engorgement extrême de tous les vaisseaux sanguins du cerveau, dont les ventricules contiennent plus d'eau que dans l'état sain. (*The Medico-chirurg. Rewiew.*)

Gastro-entérite rémittente quotidienne.

N° 232. Joseph Rosani, cultivateur, âgé de vingt-six ans, vint à l'hôpital du Saint-Esprit de Rome, le 22 août 1822. Pendant dix jours, c'est-à-dire jusqu'au 31 août, il eut la fièvre, qui, chaque jour, se terminait par des sueurs et revenait après midi. Pendant les paroxysmes, il souffrait de douleurs d'estomac et de tête, vomissait, et avait des évacuations alvines. Purgatif, tisanes, quinquina. Le 31 au matin, douleur de ventre lancinante, sentiment de tension dans l'abdomen, cris continuels, gonflement du ventre, au milieu duquel paraît une dureté comme cylindroïde; la douleur est éveillée par le poids des couvertures; langue humide et un peu rouge, pouls petit, cent vingt pulsations par minute, constipation, vomissements continuels. Huile de ricin, lavement, fomentations. Le soir, quelques selles, un peu de calme, mais du reste mêmes symptômes. Le 1er septembre au matin, visage abattu, langue humide, un peu rouge; respiration thoracique, douleur dans tout l'abdomen, déjections alvines fréquentes, vomissements, chaleur du ventre naturelle; pouls, cent douze pulsations par minute. Clystère, fomentations. Le soir, face hippocratique, assoupissement, décubitus sur le dos, insensibilité des extrémités, cris lorsqu'on presse l'estomac, respiration toujours lente et avec efforts, langue humide, pouls formicant, inégal; cent vingt-six pulsations par minute. Mort à dix heures.

Ouverture du cadavre. — Faible injection de l'arachnoïde, assez transparente pour laisser voir la couleur gris-noirâtre très prononcée de la substance corticale; même aspect des corps striés et de la substance grise du cervelet; état naturel des viscères thoraciques. Dans le ventre, une demi-pinte de sang épais, une couche de sang coagulé sur la surface convexe de la rate ; à sa partie supérieure, près de l'entrée des vaisseaux sanguins, était une crevasse de deux pouces et demi de long, sur un demi-pouce de large vers le milieu. Le volume de cet organe était assez grand, son poids de six à huit

livres; elle était dure, tendue, rénitente; coupée, elle présentait une consistance putrilagineuse, d'une couleur gris-noirâtre; quand on y enfonçait le doigt, on ne sentait que çà et là quelques filaments résistants. L'estomac était vivement enflammé dans toute son étendue, sa muqueuse épaisse et rouge; l'inflammation allait en diminuant dans les petits intestins; vésicule pleine d'une bile noire, foie jaune et très résistant, éruption tuberculeuse dans l'estomac. (Bailly, *Traité anatomico-pathologique des fièvres intermittentes.*)

Gastro-entérite, type quotidien. (Fièvre pernicieuse algide.)

N° 233. Vincent Crescenti, âgé de soixante ans, d'une constitution grêle, tomba malade le 18 août 1822; il eut un accès de fièvre qui débuta par des frissons, suivis d'une forte chaleur, de douleurs de tête et de l'abdomen, et de vomissements de matière bilieuse; dans la nuit, l'accès se termina par des sueurs. Il fut apporté à l'hôpital du Saint-Esprit de Rome le 19 août; la fièvre revint dans la matinée et commença également par des frissons, suivis des mêmes symptômes que la veille; l'estomac était douloureux sous la pression, le malade éprouvait une forte chaleur à l'intérieur, les parties molles de la face étaient comme aplaties sur les os; cependant la couleur du visage était naturelle; il y avait plutôt une apparence d'engourdissement général, de stupeur, qu'une décomposition des traits; le soir, pendant la déclinaison, peau humide d'une sueur visqueuse et froide; pouls petit, fréquent; agitation générale, douleurs à l'épigastre, langue rouge mais humide; point de soif. Demi-once de quinquina; pendant la nuit la peau se maintient fraîche et humide, le quinquina est vomi.

Le 20 août au matin, point de fièvre, disparition de la douleur de ventre, calme général, aspect tranquille. Vers midi, retour de l'accès, précédé de frisson et suivi d'une chaleur qui fut plus forte que la veille; les extrémités restèrent froides, la peau se couvrit de taches livides. Décoction d'orge, potion saline, composée d'une infusion de sureau, d'acétate d'ammoniaque et d'oxymel simple. Le soir, mains et jambes humides d'une sueur visqueuse et froide; commencement de déclinaison de l'accès, une once de quinquina, elle est vomie. Le 21 au matin, calme général, point de fièvre, continuation du froid des extrémités, symptômes épigastriques peu marqués, pouls toujours fréquent et petit. Vers midi, retour de la fièvre, toujours précédée de frisson, exacerbation des symptômes précédents; le froid persiste dans les extrémités, le malade ne le sent pas; il est comme étourdi et dans un état de torpeur. Une once de quinquina à prendre dans la nuit. Le 22 au matin, peau moins froide, mais qui n'a pas encore la chaleur naturelle; pouls petit et fréquent; sueur visqueuse sur tout le corps; aspect général d'engourdissement. Deux onces de quinquina. Vers deux heures, retour d'un nouvel accès, pouls insensible à l'avant-bras, il bat cent quarante fois par minute; froid glacial des extrémités, le ventre est aplati, creux et appliqué sur la colonne vertébrale; douleur d'estomac, angoisse, agitation; le malade, qui n'a jamais perdu connaissance, est dans un tel état de torpeur qu'il peut à peine répondre; couleur naturelle de la face. Douze sangsues à l'épigastre, vésicatoires aux bras, trois onces de quinquina à prendre pendant la nuit; le quinquina est vomi.

Le 23 au matin, rémission bien marquée. Vers neuf heures, retour d'un accès, le froid des membres est toujours glacial, pouls presque imperceptible à la crurale qui bat cent quarante-six fois par minute; douleurs d'estomac plus fortes, angoisses, yeux caves; le froid, qui n'avait d'abord envahi que les extrémités, remonte vers l'épaule et vers le bassin; la température du thorax et du ventre, sans être aussi basse que celle des membres, n'est

pas aussi élevée qu'elle l'est dans l'état naturel. Le soir, même état ; le malade ne sent pas le froid des membres, douleurs d'estomac plus fortes, décubitus sur le dos. Ventouses scarifiées à l'épigastre, sinapismes aux pieds, vésicatoires aux cuisses, neuf grains de sulfate de quinine qu'il ne vomit pas. Dans la nuit, augmentation de tous les symptômes; le malade conserve sa connaissance jusqu'à la mort qui arrive à trois heures du matin.

Huit heures après la mort, le cadavre était dur et les membres roides comme s'ils eussent été gelés, la température de l'air était cependant au-dessus de 20° ; ventre creux; injection légère de l'arachnoïde; engorgement des vaisseaux qui rampent sur les circonvolutions, sérosité jaunâtre entre les feuillets de l'arachnoïde, cerveau, cervelet, cœur et poumons dans l'état naturel ; estomac gris à l'extérieur et contracté sur lui-même; surface interne d'un rouge vif, plus intense encore vers le pylore; replis de la muqueuse très saillants; intestins grêles, gris extérieurement et contractés; à l'intérieur, leur rougeur était plus vive que celle des muscles de l'abdomen; les gros intestins étaient d'un rouge encore plus foncé, leur inflammation était vivement prononcée; cette inflammation allait en augmentant vers l'S iliaque et le rectum, foie sain, rate d'une consistance moyenne entre l'état de diffluence et l'état sain. (Bailly, *Ibid.*)

Gastro-céphalite intermittente quotidienne.

N° 234. M. B***, employé dans une administration, âgé de trente ans, grand, maigre, brun, intempérant, me fit appeler, le 10 septembre 1822. Il m'apprit qu'il s'était guéri d'une fièvre double tierce, quinze jours auparavant, en prenant une once de quinquina; que néanmoins, et malgré la cessation des accès, il avait conservé de la soif, de l'inappétence, des douleurs aux jambes; enfin que la fièvre était revenue depuis deux jours, et qu'il avait dans ce moment le second paroxysme depuis neuf heures du matin. La langue paraissait peu humide et très rouge à sa pointe et sur ses bords; la soif était vive, l'épigastre tendu, douloureux, la peau sèche, brûlante, le pouls fréquent, dur, serré, etc. Je vis dans ces symptômes les signes d'une gastro-entérite présumée intermittente ou rémittente, et j'ordonnai l'application de vingt sangsues sur la région épigastrique, une boisson gommeuse, acidulée, la diète, un lavement. On ne mit pas les sangsues, et au lieu d'observer le régime prescrit, le malade, se trouvant bien le soir, mangea une soupe aux haricots et un morceau de lard. Le 11, à sept heures du matin, je le trouvai sans fièvre; il n'avait pas dormi, et je remarquai que la langue conservait une vive rougeur. J'annonçai le retour de l'accès : en effet, à neuf heures on me rappela auprès de M. B***, qui était privé du sentiment et du mouvement. Sa figure était pâle, profondément altérée; les paupières entr'ouvertes ne laissant apercevoir que le blanc des yeux ; la lange très rouge, contractée, desséchée, saignante; la déglutition impossible, l'épigastre chaud et tendu, le pouls insensible, les membres glacés et roides. Le tube intestinal me paraissant le point de départ de l'irritation encéphalique, j'ordonnai une application de trente sangsues sur l'épigastre. Je fis envelopper les pieds de sinapismes, et couvrir la tête de compresses trempées dans un mélange d'eau froide et de vinaigre. En même temps, on pratiquait des frictions sur les membres avec l'alcool camphré, afin d'exciter le système capillaire extérieur, d'y rappeler le sang, et d'enrayer ainsi le mouvement fluxionnaire qui l'entraînait violemment vers les deux foyers internes d'irritation, l'estomac et le cerveau. A midi, la chaleur était également développée sur toutes les parties du corps, la figure demeurait pâle et décomposée, les yeux éteints, fixes et entr'ouverts; il y avait beaucoup de soubresauts dans les tendons; le pouls était accéléré et dur. Le sang coula avec abondance

par les piqûres des sangsues. Le soir, on ne remarqua aucune amélioration ; on posa deux vésicatoires aux jambes. Malgré l'activité de ce traitement, l'état du malade ne changea pas jusqu'au lendemain à cinq heures du matin. Alors seulement, M. B*** put ouvrir les yeux, avaler quelques gorgées de limonade, et reconnaître les personnes qui l'entouraient. Arrivé près de lui dans ce moment, je le trouvai sans fièvre et jouissant de toutes ses facultés intellectuelles ; la langue était humide et presque entièrement dérougie. L'indication du quinquina était évidente ; mais je n'avais que quatre heures pour administrer ce médicament, l'accès devant avoir lieu à neuf heures. Je fis prendre au malade, dans ce court intervalle, dix-huit grains de sulfate de quinine. A neuf heures, on observa l'altération dans les traits, un peu de trouble dans l'entendement ; le pouls devint concentré, la peau fraîche ; mais l'accès se borna à ces faibles symptômes. A dix heures, le malade était dans l'état naturel. La guérison fut rapide. (Dufau, *Journal gén. de méd.*, t. XCV.)

Gastro-entérite rémittente quotidienne. (Fièvre gastrique soporeuse.)

N° 235. Piton, âgé de quarante-cinq ans, d'une bonne constitution, quitta son pays, le Vivarais, dans le mois de juillet, avec plusieurs de ses compatriotes pour récolter et battre le blé dans une ferme près de Montluel, entourée de fossés marécageux. Dans le commencement de septembre, Piton se plaint d'une diarrhée sanguinolente, avec coliques, bouche amère, mal de tête, sans soif ni rougeur de la langue ; mais il y a un léger mouvement fébrile. Le soir, deux grains d'émétique en lavage font rendre par le vomissement un ver lombric et beaucoup de bile. Deux jours après, on amène le malade à l'hôpital ; il présentait l'état suivant : soif, langue blanche et sèche, yeux fixes, ventre douloureux et aplati, céphalalgie modérée, pouls fréquent et concentré. Quinze sangsues sur l'abdomen le même jour dans la matinée, limonade gommée. Les sangsues donnent peu de sang. Au bout de deux ou trois heures, froid profond et universel sans tremblement pendant deux heures, face décomposée, yeux fixes et ternes, langue aride, prostration ; le malade ne demande rien et répond par monosyllabes inintelligibles, boit quand on lui offre ; la figure se contracte lorsqu'on presse le ventre, surtout près du nombril ; la chaleur s'établit peu à peu, le pouls s'élève et devient plein, la face reste pâle ; sueur extraordinairement abondante toute la nuit ; point de selles. Le deuxième jour au matin, le pouls est presque naturel ; la langue est sèche, un peu brune, la soif se fait sentir, la tête n'est que lourde, le regard est moins fixe, mais le malade est plongé dans une indifférence complète sur son état ; la bouche est amère, le ventre n'est douloureux que lorsqu'on le presse. Lavement émollient, dix grains de sulfate de quinine en deux doses. A la même époque, deux heures après midi, le froid reparaît, mais en simple frisson ; il est bientôt suivi de perte de connaissance ; la face devient cadavéreuse ; râle et espèce d'agonie qui durent toute la nuit, avec moiteur et chaleur intense au toucher. A sept heures du matin, les symptômes ont diminué, le pouls est assez plein, mais la connaissance ne revient pas ; le malade a les yeux ouverts et immobiles, la cornée terne, les pupilles très dilatées ; la respiration est naturelle, la déglutition possible, et la figure grimace au moment où l'on presse le ventre. 24 sangsues sur cette région, sinapismes aux quatre membres. Le sang ne coule pas après la chute des sangsues ; à deux heures, le râle recommence avec la sueur, et le malade expire dans la soirée.

Nécroscopie. — Le cadavre, ouvert le lendemain, m'offre la membrane muqueuse de l'estomac d'une couleur brunâtre dans toute sa surface, et recouverte de mucosités épaisses et de bile ; les intestins grêles sont d'une

couleur rouge pointillée dans presque toute l'étendue de la membrane muqueuse, remplis d'une bile jaune tenace, et les gros intestins contractés et moins fortement enflammés; enfin le foie et la rate sont gorgés de sang, mais sans altération organique. Le cerveau est intact. (Nepple, *Essai sur les fièvres intermitt. et rémittentes*, 1828.)

Gastrite rémittente fébrile qui, en s'amendant, passe au type quotidien.)

No 236. Martin, domestique, âgé de vingt-cinq ans, cheveux rouges, tempérament lymphatico-sanguin, entre à l'hôpital le 9 juillet. Il est malade depuis quelques jours. Céphalalgie sus-orbitaire, langue rouge, sèche, épigastre douloureux, fièvre violente avec exacerbation dans l'après-midi, urines et déjections alvines rares et brûlantes, nausées, efforts de vomissement, crachats bilieux. Large saignée, petit-lait et eau de gramen émulsionnée pour boisson; fomentations et clystères émollients.

Le lendemain, même état Seconde saignée, diète austère, sangsues à l'épigastre; le malade boit abondamment. Les quatre jours suivants, diminution progressive de la phlegmasie gastrique, chute presque totale de ce mouvement fébrile si intense La convalescence paraît approcher, lorsque le septième jour de l'entrée du malade à l'hôpital, à une heure de l'après-midi, se déclare un frisson long et considérable, suivi d'une chaleur brûlante et d'une sueur copieuse qui se prolonge dans la nuit. Quatre accès quotidiens s'établissent successivement. Les voies digestives supérieures, sans être aussi irritées qu'au début, ne sont pas cependant dans l'état normal. Il y a toujours de la sécheresse à la langue, de la douleur dans l'épigastre et l'hypocondre gauche. Après la déclinaison de l'accès, dix heures du soir, clystère composé de deux onces d'alcool de quinquina et de deux gros de quinquina délayés dans deux onces d'eau distillée. Même clystère à six heures et à dix heures du matin. Accès retardé et presque nul. Quatrième lavement le lendemain matin Guérison. Sortie de l'hôpital le 22 du mois. Le malade s'étant peu soigné à la maison, retour de la fièvre quotidienne. Même procédé, même succès. (Chauffard, *Traité sur les fièvres*, 1825)

Gastro-céphalite rémittente quotidienne. (Fièvre pernicieuse délirante.)

No 237. Daumet, soldat aux chasseurs d'Afrique, âgé de vingt et un ans, brun, fortement musclé, a été malade plusieurs fois pendant l'épidémie de 1833; mais depuis plusieurs mois il jouissait d'une santé excellente, lorsqu'il entra à l'hôpital de Bone, le 21 juin 1834, dans l'après-midi, venant du camp, le quatrième jour d'une fièvre quotidienne, dont les accès, bien distincts, bien francs, revenaient à dix heures du matin Il était dans l'accès lorsqu'il arriva vers deux heures Il présentait les symptômes d'une gastro-céphalite aiguë: céphalalgie frontale fort vive, douleur à l'épigastre, envies de vomir; langue rouge, sèche; soif inextinguible; pouls dur, accéléré; peau brûlante; agitation extrême. Saignée du bras de douze onces, quarante sangsues à l'épigastre, diète, limonade.

Le 22, à cinq heures du matin, il existe un état à peu près apyrétique, mais il y a toujours beaucoup de soif; et me rappelant combien les symptômes de gastro-entérite étaient prononcés la veille, je pensai qu'il était prudent de ne pas donner le sulfate de quinine par la bouche. Diète, limonade, un quart de lavement amylacé avec cinquante grains de sulfate de quinine. Dans l'après-midi, les accidents que l'on remarquait la veille reparaissent avec la même intensité: le malade accuse même une céphalalgie plus violente. Saignée du bras de douze onces. A huit heures du soir, malgré cette

nouvelle déplétion sanguine, éclate tout d'un coup un délire bruyant auquel succède bientôt un coma profond, que l'on combat en vain par l'application de quarante sangsues sur le trajet des jugulaires et de cataplasmes sinapisés aux extrémités inférieures. Mort à dix heures du soir.

Ouverture du cadavre. — Dix-huit heures après la mort. Injection tellement forte de la pie-mère que toute la surface extérieure du cerveau est d'un rouge éclatant : il n'y a pas cependant de sang épanché. Substance cérébrale dense, ferme, présentant à l'incision un sablé très fin; le sang s'écoule comme en nappe des parties incisées; la substance grise est partout d'une couleur très foncée. Sérosité sanguinolente dans les ventricules. Membranes de la moelle épinière fortement injectées, d'un rouge vif; détachées et exposées au grand jour, elles paraissent d'un rouge bien plus éclatant encore que lorsqu'elles étaient étendues sur la moelle. Substance médullaire elle-même très résistante, très injectée. Sérosité abondante accumulée à la partie inférieure du rachis. Poumons et cœur sains. L'estomac est énormément dilaté : ramollissement général de la membrane muqueuse, avec couleur brune du grand cul-de-sac, et teinte ardoisée de l'extrémité pylorique. Ce ramollissement ardoisé se prolonge jusque dans le duodénum. A trois pouces environ au-dessus de la valvule iléo-cœcale, une large tache rouge formée par un pointillé très serré, sans ramollissement. Entre ce point et la valvule, huit à dix invaginations et une douzaine de lombrics. Tout-à-fait à la partie inférieure de l'intestin grêle, dans la longueur de plusieurs pouces, reparaît le pointillé rouge que nous avions trouvé plus haut; et de plus, ici la membrane est ramollie et d'une teinte grise. Le gros intestin est sain. Le foie est énorme, jaunâtre, peu consistant, contenant peu de sang. La rate, légèrement tuméfiée, ramollie, ressemble à une pâte de chocolat à l'eau. (Maillot, *Traité des fièvres, ou irritation cérébro-spin. interm.*, 1836.)

Gastro-céphalite rémittente quotidienne. (Fièvre pernicieuse délirante.)

No 238. Kordes, sergent à la légion étrangère, âgé de trente-quatre ans, très fortement constitué, d'un tempérament sanguin, en Afrique depuis deux ans, n'ayant pas encore été malade depuis son arrivée, faisant abus de liqueurs alcooliques, entra à l'hôpital de Bone, le 19 août 1834, le quatrième jour d'une fièvre quotidienne avec gastro-céphalite, et dont les accès avaient lieu à dix heures du matin. Il arriva fort tard dans la soirée, et je ne le vis que le 20, à cinq heures du matin : l'accès de la veille n'était pas encore terminé; le pouls restait fortement fébrile, et la langue gastritée, c'est-à-dire effilée et rouge à son pourtour ; il y avait une soif vive et une céphalalgie intense. Diète, limonade, saignée du bras de vingt onces, quarante sangsues à l'épigastre, vingt-quatre grains de sulfate de quinine à prendre immédiatement après la saignée. Sous l'influence des déplétions sanguines, l'accès se termine enfin; mais l'intermission fut de bien courte durée, car l'accès vint à l'heure accoutumée, débutant, comme les jours précédents, par de violents frissons.

Dans l'après-midi, réaction circulatoire des plus violentes, céphalalgie atroce : les voies digestives participent peu cette fois au désordre fonctionnel, qui semble s'isoler dans le cerveau. Quarante sangsues sur le trajet des jugulaires, vingt-quatre grains de sulfate de quinine. A minuit, explosion subite d'un délire violent; à trois heures du matin, mort.

Ouverture du cadavre, douze heures après la mort. — Vaisseaux de la périphérie du cerveau volumineux, gorgés de sang : plaques d'un rouge vif, occupant une grande portion de la face externe de la partie supérieure des hémisphères cérébraux, formées par une injection extrêmement fine de la

pie-mère. Substance cérébrale dense, résistante, très fortement congestionnée; teinte noirâtre de la substance grise; sérosité sanguinolente dans les ventricules. Injection de la pie-mère très prononcée, moins forte cependant que celle de la moelle, qui, dans toute son étendue, est ferme et très congestionnée. Poumons sains, cœur flasque et décoloré; ramollissement général avec teinte grise de la membrane muqueuse de l'estomac; congestion des vaisseaux les plus déliés, sans ecchymoses, sans déchirure des capillaires, sans extravasation de sang; dans plusieurs points, un peu de rougeur pointillée. Les intestins ne présentent absolument rien qu'une large plaque d'un rouge vermeil uniforme dans le cœcum. Le foie paraît sain; la rate, très volumineuse, est réduite en une bouillie couleur lie de vin. (*Id. Ibid.*)

Gastrite intermittente tierce. (Tertiana colicam ventriculi simulans.)

N° 239. La dame Kirk, âgée de quarante ans, ayant été saisie de froid par un changement brusque de température, le 4 avril 1680, fut tout-à-coup prise d'un vomissement violent, avec des douleurs alvines cruelles et insupportables dans l'estomac, de sorte que, pendant tout le temps du paroxysme, la malade paraissait défaillante et comme prête à rendre le dernier soupir. La durée de l'accès fut de huit heures et se termina par des sueurs. Un jour s'écoula sans qu'on observât rien de particulier; mais le lendemain, à peu près à la même heure, le paroxysme revint avec des symptômes encore plus violents que ceux du premier accès.

Je me rendis en toute hâte auprès de la malade, craignant qu'elle ne succombât avant mon arrivée. Je la trouvai languissante et épuisée par le vomissement et la douleur; le pouls était irrégulier et fréquent, les extrémités froides. Les urines étaient rouges et semblables à celles des individus affectés de fièvre intermittente. Je prescrivis pour boisson ordinaire de l'eau de poulet prise en grande quantité, puis un opiat pour diminuer l'intensité des symptômes de l'accès présent. Mais pour prévenir le retour des accès, j'ordonnai, sous forme liquide, une grande quantité de quinquina à prendre en plusieurs doses, en ajoutant à celle qui était donnée durant la nuit, un grain de laudanum de la pharmacopée de Londres.

Huit jours après, aucun paroxysme n'avait reparu; je fis encore administrer du quinquina avant la pleine et la nouvelle lune, pour prévenir de nouveaux accès, et je quittai dès lors la malade. Le treizième jour, à son grand étonnement, la malade fut prise tout-à-coup d'une ophthalmie très douloureuse. (La malade me dit qu'elle se rappelait avoir eu déjà une semblable ophthalmie avant le retour d'une fièvre intermittente guérie par le quinquina.)

Quoi qu'il en soit, je lui fis d'abord tirer dix onces de sang au bras; j'ordonnai pour le lendemain quatre onces de décoction amère, dans laquelle entrait le séné, vu que la malade allait rarement à la selle, et pour la nuit suivante, un scrupule de pilules stomachiques avec la gomme et le laudanum.

Le quinzième jour, j'employai un collyre propre à calmer les douleurs de l'œil, et une potion calmante.

La fièvre intermittente reparut alors sous sa forme naturelle, et l'ophthalmie se dissipa bientôt d'elle-même; la fièvre intermittente, restant seule, fut bientôt guérie par l'usage répété du quinquina. (Morton, *Opera omnia*, hist. 16.)

Gastro-entérite rémittente tierce. (Febris remittens legitima cum enormi cholerâ.)

No 240. Une femme âgée de quarante ans fut attaquée, au mois d'octobre 1760, d une fièvre rémittente dont les excerbations avaient lieu tous les deux jours, mais présentant l'aspect d'une autre maladie, c'est-à-dire d'un violent choléra. Durant le paroxysme, la malade rendait plus de vingt fois par la bouche des matières composées d'un mélange de lymphe, de bile, et de couleur variée; elle rendait en même temps et autant de fois par l'anus des matières tout-à-fait semblables. Ces évacuations étaient accompagnées, à certains intervalles plus ou moins éloignés, de douleurs cruelles ressenties dans l'estomac et les intestins. Tout comme la fièvre ne cessait pas entièrement dans l'intervalle des paroxysmes, de même les évacuations persistaient, mais à un moindre degré; elles paraissaient à des intervalles beaucoup plus éloignés, jusqu'à ce que le retour de la fièvre amenât aussi le retour de tous les symptômes indiqués.

Ayant été appelé au second paroxysme, je m'empressai d'abord de modérer l'intensité et la violence des symptômes : je fis appliquer à l'extérieur sur l'estomac un cataplasme émollient je fis prendre à l'intérieur une mixture; dans laquelle entrait le laudanum liquide de Sydenham. A l'aide de ces moyens, les évacuations furent moins abondantes et moins douloureuses; je fis insister sur ces derniers moyens, même pendant la rémission, et je prescrivis en même temps une once de quinquina à prendre dans un électuaire. L'accès de fièvre qui revint ne fut plus accompagné d'aucun vomissement; il n'y eut que quelques évacuations alvines. Je fis continuer la même dose de quinquina, et il n'y eut plus d'accès; les évacuations alvines devinrent naturelles, et la malade fut parfaitement guérie. (Lautter, *Historia biennalis, casus* 6.)

Gastrite rémittente double-tierce. (Fièvre pernicieuse cardiaque.)

No 241. Une veuve, sujette à des fièvres tierces avec des vomissements bilieux considérables, et des douleurs assez intenses à l'estomac, en avait déjà été tourmentée plusieurs fois, lorsqu'en 1707 elle fut attaquée de nouveau d'une fièvre tierce, dont les symptômes, d'abord assez modérés, ne tardèrent point à présenter une très grande intensité. Au troisième accès, elle fut accompagnée d une véritable cardialgie qui céda, au bout de deux heures environ, à l'aide de remèdes huileux, adoucissants et calmants, dont elle fit usage. Le lendemain, contre son ordinaire, la fièvre fut double-tierce, et fut accompagnée de douleurs à l'estomac, semblables à une morsure; ce qui me fit penser qu'il fallait recourir le plus promptement possible au quinquina, pour prévenir un accès encore plus violent. Mais l'heure était déjà très avancée, et pensant que l'invasion de l accès suivant n'était pas très éloignée, je retardai l'administration du fébrifuge. J'eus lieu de m'en repentir le lendemain, car il survint un accès accompagné, pendant tout le temps de sa durée, d'une cardialgie si violente, que la malade disait que son estomac était rongé par les chiens; elle poussait des cris quand elle pouvait, mais souvent sa voix s'éteignait et elle tombait en défaillance. On voyait la malade alternativement pousser des cris, exhaler des soupirs profonds, avoir des vomissements affreux, tomber en défaillance; elle était froide, le front couvert de sueur, le pouls petit, fréquent, la face moribonde, les yeux ternes, les tempes déprimées, et semblait près de rendre le dernier soupir. Il se présenta ensuite quelques moments lucides de courte durée; le pouls reprit un peu de force, et tous les symptômes se calmèrent peu à peu, à mesure que le temps de la rémission approchait. La malade échappa enfin à ce terrible

accès, soutenue par les remèdes convenables. L'accès passé, il restait encore du dégoût pour les aliments, des envies de vomir, etc.

Jugeant, d'après la violence de ce dernier accès, qu'une mort assurée et prompte était réservée à la malade, si l'on attendait un autre accès plus violent de cardialgie, et jugeant que sa mort, quoique plus lente, était également assurée, si la fièvre passait à la continuité, comme on pouvait le craindre, je fis promptement administrer le quinquina. A l'aide de ce médicament, l'accès suivant, qui était peu éloigné, fut plus léger; celui qui vint ensuite fut à peine un peu plus fort; la douleur de l'estomac se fit à peine sentir. La malade ayant continué l'usage du quinquina, fut guérie en sept à huit jours. Quelques jours s'étant écoulés sans que les évacuations se fissent convenablement, la malade prit de son propre mouvement un certain remède qui lui suscita encore quelques légers accès de fièvre, pour lesquels je ne fus pas d'avis qu'elle prît de nouveau du quinquina, et qui ne tardèrent point à se dissiper d'eux-mêmes. La santé de la malade fut dès lors parfaite et durable. (Torti, *Therap. special.*, lib. 4, cap. 1, hist. 9.)

Gastrite double-tierce. (Fièvre intermittente maligne.)

N° 242. Une femme, âgée de vingt-six ans, d'un tempérament robuste, sanguin, ayant de l'embonpoint, et sujette à de fréquentes douleurs rhumatismales, eut, à la suite de ses règles, une fièvre tierce, qui se termina d'elle-même après quelques accès. Quatre jours après cette disparition, elle ressentit des frissons très forts, accompagnés d'une douleur aiguë dans la région épigastrique, et de vomissements provoqués par l'ingestion de la moindre substance solide ou liquide. Chaque effort pour vomir déterminait une perte de sang considérable, qui ne cessait pas entièrement, durant les intervalles libres. Aux frissons succéda la chaleur, qui n'amena aucun changement sensible dans les symptômes. Aux approches de la nuit, plus de vomissements; mais l'écoulement sanguin continua en petite quantité, et la malade, extrêmement faible, fut alors tourmentée de beaucoup de coliques. Le lendemain matin (troisième jour de l'invasion), les frissons, le vomissement, les coliques recommencèrent, et la perte fut plus abondante que la première fois. Appelé à cette époque, je trouvai la malade abattue, pâle, ayant le pouls petit, concentré, très vif, et le ventre douloureux au toucher, quoique souple. La plus légère boisson renouvelait le vomissement, pendant lequel l'écoulement sanguin redoublait. Le quatrième jour, l'accès fut composé seulement de quelques coliques et de la fièvre. Le cinquième jour, frissons, violentes coliques, plusieurs vomissements copieux de bile. Le sixième jour les forces se relevèrent, les symptômes alarmants disparurent, le pouls restait à peine fébrile. Pour prévenir et empêcher l'accès du lendemain, on prescrivit une once de quinquina en quatre fois. Cependant la malade eut encore dans la nuit un léger redoublement, marqué par de la chaleur et des sueurs. Le septième vers midi, nouveau redoublement plus violent, avec frisson, coliques, et trois vomissements bilieux. Cet accès ne dura que quatre heures. Le huitième jour, faiblesse seulement On continua le quinquina jusqu'au douzième jour, mais en moindre quantité, parce qu'il n'y avait plus de fièvre. Depuis lors, la santé de la malade n'a plus été troublée que par ses anciennes douleurs rhumatismales, et au bout de deux mois, par quelques accès de fièvre qui n'ont pas eu de suite. (Gaillard, *Journal général de méd.*, t. XII.)

Autre gastro-entérite rémittente tierce. (Fièvre pernicieuse comateuse de l'auteur.)

N° 243. François Pompeï, âgé de dix-neuf ans, fut pris, le 1er juillet 1822, d'un accès de fièvre à la suite d'un refroidissement subit qu'il éprouva, en

entrant tout en sueur dans une grotte fraîche. Il fut amené, le 2 juillet, le soir à six heures, à l'hôpital. Avant d'arriver, il éprouva une épistaxis considérable. Son état était le suivant : coma profond, yeux grandement ouverts, dirigés à droite, fixes ; air hébété, immobilité générale, décubitus sur le dos, insensibilité des membres, quoique flexibles. Il ne répondait point à ce qu'on lui demandait ; les yeux restaient fixes quand on s'approchait de lui ; manifestation de douleur quand on lui comprimait l'estomac ; peau chaude, brûlante; gonflement œdémateux et blanchâtre de la face. Cet accès dura jusqu'au lendemain matin, 3 juillet; il prit alors une once et demie de quinquina.

Le 4 juillet au matin, un nouvel accès revient ; au commencement de cet accès, Pompeï pouvait encore répondre un peu aux questions qu'on lui adressait. Mais le coma alla en augmentant, et avec lui tous les symptômes ci-dessus décrits. Le pouls était fort, vibrant et plein, à quatre-vingt-quatre pulsations, et la respiration courte ; huit sangsues aux oreilles. Mort à dix heures du soir.

Autopsie. Le corps avait répandu plusieurs onces de sang par le nez dans la salle des morts ; en coupant la peau du crâne il en répandit encore; le tout pouvait peser une livre. Engorgement général de tous les vaisseaux qui rampent sur les circonvolutions cérébrales; le cerveau encore recouvert par la dure-mère présentait un mouvement de fluctuation qui aurait pu faire croire à la présence d'un liquide dans son intérieur; cependant il ne se trouva qu'un peu de sérosité dans les ventricules. La substance du cerveau était de couleur naturelle. Tout le tube intestinal, sans aucune exception, présenta, à l'ouverture du ventre, un aspect rouge, dû à l'injection générale de tous les vaisseaux, jusque dans leurs plus petites ramifications et dans toute l'épaisseur des intestins. Il y avait environ deux livres d'eau dans le ventre. (Bailly, *ouvrage cité*, obs. XIII.)

Gastro-entérite intermittente et rémittente, type tierce et quotidien.

N° 244. Le nommé D***, garçon d'écurie, âgé de vingt-cinq ans, tempérament nervoso-sanguin, stature grêle et délicate, fut atteint, le 1er septembre 1833, d'un accès de fièvre qui ne présenta rien de grave. Le 3, il en eut un second qui s'accompagna, me dit-on, d'une vive céphalalgie, de vomissements et de selles copieuses et d'une douleur aiguë au-dessous de l'appendice xyphoïde. Le 5, il en survint un troisième, pour lequel je fus appelé : je trouvai le malade en proie à des évacuations par haut et par bas qui le fatiguaient beaucoup; il se plaignait d'une céphalalgie affreuse et d'une douleur déchirante au creux de l'estomac. La peau était brûlante, la langue rouge, la soif inextinguible, le pouls d'une fréquence extraordinaire. Je fis sur-le-champ appliquer trente sangsues, vingt à l'épigastre et dix aux apophyses mastoïdes. La diète la plus sévère fut recommandée, et l'on ne donna pour boisson qu'un peu d'eau sucrée ou de limonade. Sous l'influence de ces divers moyens, les symptômes diminuèrent visiblement d'intensité ; une sueur abondante se déclara, et le calme ne tarda pas à se rétablir dans l'économie. Le 6, D... était sans fièvre; il ne souffrait ni de la tête, ni du ventricule. Je crus pouvoir profiter de cet état de mieux pour lui faire prendre dix grains de sulfate de quinquine dans une potion gommeuse ; mais, contre mon attente, l'accès qui ne devait revenir que le lendemain, se manifesta le jour même dans l'après-midi. J'eus recours de nouveau aux sangsues à l'épigastre et derrière les oreilles ; on laissa couler le sang *ad libitum*. Malgré cela les désordres persistèrent long-temps, et il n'y eut pas, après leur disparition, de véritable apyrexie. Le malade conserva de la fièvre, un peu de céphalalgie et de légers maux d'estomac.

Le 7, un accès semblable à celui de la veille eut lieu. Aussitôt qu'il fut ter-

miné, je fis administrer de deux heures en deux heures un lavement composé de trois grains de sulfate de quinine, d'un peu de gomme arabique et de quatre onces de décoction de graine de lin. On en avait donné quatre, et l'on se préparait à en donner un cinquième, lorsque les accidents fébriles se reproduisirent. Force fut donc d'attendre la prochaine rémission : je prescrivis à cette époque seize grains de sulfate de quinine, qui, comme les jours précédents, furent pris en lavement. Le 9, D..., éprouva encore un paroxysme, mais ce fut le dernier, et il marcha dès lors vers une prompte et entière guérison. (Bonnet, *Traité des fièvres intermittentes,* 1835.)

Gastro-entérite rémittente tierce.

N° 245. Un jeune homme de vingt ans, d'une constitution sèche et fort irritable, avait eu déjà cinq ou six accès d'une fièvre tierce bénigne, lorsqu'il en éprouva un extrêmement violent, caracterisé par des douleurs vives d'estomac, de vomissements bileux très abondants, une figure pâle, des yeux hagards, un pouls petit et fréquent, le refroidissement des extrémités, etc. Au bout de quinze à dix-huit heures, ce nouvel accès cessa, mais l'apyrexie ne fut pas complète; la région épigastrique resta douloureuse, il y avait de la soif et une faiblesse extrême. (Douze grains de sulfate de quinine dans une potion gommeuse, à prendre par cuillérée d'heure en heure.) Le lendemain un accès plus intense que le précédent ayant eu lieu, et la fièvre cette fois n'ayant pas disparu avec les vomissements, j'administrai le sulfate de quinine en lavements. Malheureusement l'accès suivant ne fut pas prévenu, et le malade mourut. A l'autopsie, on trouva deux larges plaques rouges dans l'estomac. Les intestins offraient dans plusieurs points de leur étendue des plaques semblables; il y avait quelques ulcérations dans le voisinage de la valvule iléo-cœcale. Le foie était plus volumineux que dans l'état normal, mais son tissu ne présentait aucune altération morbide. (Bonnet. *Ibid.*)

Gastrite intermittente tierce. (Fièvre larvée ou pernicieuse gastralgique.)

N° 246. Philippine, cuisinière, âgée de trente-sept ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, d'un embonpoint médiocre, mère de plusieurs enfants, avait toujours été bien réglée et avait joui constamment d'une assez bonne santé, lorsque, ayant pris une tasse de chocolat (qu'elle croyait de mauvaise qualité), elle fut prise dans la matinée de légers frissons par tout le corps, de refroidissement des pieds et des mains, et de picotements très vifs dans les membres; peu de temps après, il survint de la chaleur dans la région épigastrique, des envies de vomir, de fortes douleurs d'estomac; puis une éruption se développa sur toute la surface du corps. Tous ces symptômes disparurent après un certain temps. Ils revinrent le surlendemain dans la matinée et aux mêmes heures; ils disparurent de la même manière sans que la malade eût fait appeler de médecin. Mais, le 22 juillet 1818, ces symptômes se manifestant avec plus d'intensité je fus appelé auprès de la malade que je trouvai dans l'état suivant : visage pâle et décomposé, yeux ternes et abattus, face grippée et convulsive, présentant tous les signes extérieurs de souffrances inouïes; la malade ne pouvait retenir ses gémissements et ses cris; elle se roulait sur son lit, les dents implantées dans ses draps ou ses toiles d'oreiller qu'elle lacérait avec violence. Elle éprouvait des envies fréquentes de vomir, et faisait de violents mais inutiles efforts de vomissement; ils amenaient cependant quelquefois un peu de bile porracée, mêlée avec la boisson dont elle faisait usage. La malade portait la main sur la région épigastrique, qu'elle indiquait comme le siége du mal et où elle disait sentir une ardeur brûlante et pungitive, comme s'il y avait eu un brasier enflam-

mé; la moindre pression de cette partie était insupportable. Toute la peau, et particulièrement celle des cuisses, du ventre et des lombes, était recouverte d'une foule de petits boutons ou phlyctènes à peu près semblables à celles qui résulteraient d'une urtication promenée avec force sur toutes ces parties.

Je crus d'abord qu'il s'agissait d'un empoisonnement, ou du moins d'une violente indigestion. Quoi qu'il en soit, il me parut urgent d'agir : je prescrivis pédiluves sinapisés, fomentations émollientes sur le ventre et la région épigastrique ; clystères adoucissants, eau de gomme pour boisson, et potion calmante. Après une heure, calme progressif; il était complet à dix heures. A midi la malade dormait, il ne lui restait d'autres traces d'un si violent accès qu'un grand accablement. Le soir, l'équilibre paraissait entièrement rétabli ; la malade se plaignait seulement d'une grande lassitude, de douleurs contusives dans les membres, et de soif; la région épigastrique était encore un peu douloureuse au toucher; mais l'éruption avait disparu ; le pouls était naturel, et tous les autres symptômes à peine marqués Le 23 (sixième jour de la maladie), la malade était bien, et se croyait entièrement délivrée : je partageais moi-même cette opinion, lorsque le 24, à mon grand étonnement, je la trouvai retombée dans un accès aussi violent que celui où je l'avais vue la surveille. Je continuai les remèdes indiqués précédemment, j'ordonnai de plus la potion anti-émétique de Rivière, un bain, et dix sangsues à l'anus. Je ne vis pas que la longueur ou l'intensité de l'accès fût diminuée par ces moyens. Le 25, calme parfait. Comme la malade se plaignait de chaleur et de douleur à l'épigastre, lorsqu'on comprimait cette partie, j'y fis poser dix sangsues et appliquer un cataplasme émollient. Le soir, sinapismes; mêmes moyens adoucissants et calmants.

Voyant que les accès présentaient une intermittence manifeste, je résolus d'attendre encore un accès, et de donner immédiatement après le quinquina. Le 26, un accès complet a lieu; il commence à deux heures du matin, et se termine à midi. Deux heures après, je fais prendre à la malade demi-gros de quinquina en opiat. Même dose toutes les trois heures. Le 27, calme parfait. On continue d'administrer le quinquina de la même manière pendant toute la journée; elle en consomme une demi-once. Six gros de quinquina furent ainsi administrés pendant l'intermission. Le 28, diminution sensible des accidents dont se compose l'accès, lequel reparaît cependant à l'heure ordinaire. Le 29, intermission complète. Continuation du quinquina. Le 30, léger ressentiment de fièvre; mais beaucoup plus tardif que de coutume. Le 31, appétit et tous les signes d'une entière convalescence. Quoique la fièvre ne reparût point, je fis continuer pendant quelque temps l'usage du quiquina, dont on diminua graduellement la dose. (Bourgeois, *Journal général de médecine*, tom. LXVI.)

Le praticien qui rapporte cette observation intéressante dit qu'il a vu plusieurs autres cas semblables ; deux entre autres, réglés par leurs accès en fièvre double-tierce, offrirent absolument les mêmes symptômes et le même caractère de gravité.

Gastrite présentant un double type d'intermittence, savoir : le type tierce et le type annuel.)

No 247. Le 8 août 1811, M. D***, élève en médecine de l'Hôtel-Dieu de Paris, alla se baigner dans la Seine peu de temps après avoir fait un dîner copieux ; à peine fut-il resté quelque temps dans l'eau, qu'il se sentit mal à son aise, et qu'il fut contraint de regagner la rive; aussitôt après, il fut pris de vertiges, d'étourdissements, de lassitudes, de douleurs plus ou moins marquées dans le dos, dans les membres, et surtout dans la région épigas-

trique, où il éprouvait un sentiment de chaleur et de pesanteur très considérable; il survint aussi du dégoût, des envies de vomir, des nausées, puis des vomissements de matières alimentaires à demi chymifiées. Ces vomissements soulagèrent un peu le malade; mais la plupart des symptômes persistèrent; il regagna avec peine sa demeure, se mit au lit, où il fut pris de frissons, de bâillements, de céphalalgie. Plusieurs des symptômes indiqués précédemment, tels que le dégoût, les nausées, la douleur épigastrique, augmentèrent d'intensité pendant toute la période du froid, qui fut assez intense, et à laquelle succéda une chaleur très vive, répandue, comme le froid, sur toute la surface du corps; cette chaleur fut elle même suivie d'une sueur abondante, qui persista pendant une grande partie de la nuit. Le lendemain et les jours suivants, M. D*** se crut guéri; mais il ne tarda point à être détrompé, car le 13, vers les six heures du soir, après avoir éprouvé de la chaleur, de la sécheresse, un sentiment d'ardeur dans la gorge, et une difficulté très marquée de la déglutition, il fut repris de malaise, de nausées, d'envies de vomir, de lassitudes, de douleurs lombaires et surtout épigastriques; de nouveaux frissons très violents se manifestèrent, et furent suivis, comme auparavant, de chaleurs et de sueurs assez abondantes. Cet accès de fièvre gastrique se termina, comme le premier, au bout de sept heures; mais les symptômes d'une angine pharyngée qui venaient d'éclore peu de temps avant l'accès se prononcèrent davantage pendant sa durée, et ne disparurent point avec lui. Cette angine n'était point accompagnée de fièvre bien marquée, et il y avait presque apyrexie dans l'intervalle des accès. Le 15 au soir, un nouvel accès survint, et fut précédé, accompagné et suivi de l'angine. D'autres accès se manifestèrent de même le 17 et le 19 vers le soir, et présentant un groupe de symptômes absolument semblable à celui que nous avons indiqué précédemment. L'accès du 19 fut bientôt suivi de la disparition ou de la terminaison de l'angine, qui avait parcouru toutes ses périodes d'accroissement et de décroissement, sans présenter aucune intermittence dans sa marche. L'on n'opposa, soit à la fièvre, soit à l'angine, que la diète, le régime, les boissons adoucissantes et les gargarismes de même nature. M. D*** n'avait plus rien éprouvé depuis un an, lorsque, le 10 août de l'année suivante, c'est-à-dire au commencement du même mois, et à peu près à la même époque que la première fois, il fut pris d'un accès de fièvre tout-à-fait semblable à ceux qu'il avait éprouvés l'année précédente, et présentant les mêmes symptômes de malaise, de courbature, de frissons, et d'un trouble bien marqué des fonctions digestives, qui se rétablirent de même après la chaleur et les sueurs. Ces accès se répétèrent quatre fois de suite tous les deux jours, mais sans être accompagnés d'angine, comme la première fois.

En 1813, même mois, même époque, c'est-à-dire le 9 août, retour de la même affection, emploi du même traitement, terminaison après cinq accès. En 1814, le 13 août, retour et terminaison de la maladie dont il s'agit, après huit accès qui laissèrent entre eux la même apyrexie ou le même intervalle d'intermittence que les années précédentes. Le 12 août 1815, retour de la fièvre intermittente gastrique, toujours avec le type tierce, mais avec des symptômes beaucoup plus intenses, et même avec délire pendant les accès. On eut recours à un vomitif, qui fit rendre beaucoup de matières bilieuses; avant cette évacuation, le malade éprouvait un pressant besoin ou une grande envie d'uriner qu'il ne put satisfaire, mais qui (chose remarquable) disparut après les vomissements sans qu'il eût lâché la moindre goutte d'urine. La persistance des accès et leur intensité firent qu'on eut recours au quinquina, qui arrêta la fièvre après cinq accès. L'année suivante, 1816, vers la même époque, c'est-à-dire le 8 août, M. D*** éprouva encore des lassitudes, du dégoût, des nausées, et une douleur très vive à l'épigastre, mais qui ne fut point précédée de frissons comme auparavant. Cette douleur

se prolongea dans l'hypochondre droit, où il éprouvait en même temps un sentiment de chaleur et de pesanteur ; sa langue était rouge à sa pointe ; il y avait soif vive, fréquence de pouls. Ces symptômes persistèrent pendant plusieurs jours de suite, après lesquels survint un ictère, qui persista avec les symptômes gastriques pendant quelques mois. On n'eut recours qu'à un traitement expectant, un régime diététique, des boissons adoucissantes acidulées et nitrées. Sous l'influence de ce traitement, l'ictère et l'affection gastrique continue dont il s'agit se dissipèrent peu à peu. Cette dernière ne revint plus sous aucun type. La fièvre tierce n'eut pas de récidive depuis cette époque. Pendant toutes les années consécutives que cette fièvre revint périodiquement, aux mêmes époques, M. D*** eut toujours ses digestions lentes et pénibles, et il éprouvait souvent une incommodité si grande quelque temps après les repas, surtout quand ils étaient copieux, qu'il était obligé d'user de la faculté qu'il avait de se faire vomir à volonté, pour débarrasser promptement son estomac d'une partie des aliments qu'il avait pris ; la digestion de ces aliments était si laborieuse, qu'elle développait un malaise général, et parfois une douleur très sensible à l'épigastre que le vomissement seul pouvait faire cesser. (P. Burnier-Fontanel.)

Gastrite intermittente tierce.

No 248. Madame Pougnon, âgée de soixante ans, d'un tempérament lymphatique et nerveux, avait, depuis plusieurs mois, une toux sèche, accompagnée parfois de dégoût, d'éructations, de pesanteur, et même de douleur à l'estomac ; lorsque, le 1er juillet 1819, sans cause bien connue, l'inflammation lente et chronique qui avait précédé, prit tout-à-coup de l'accroissement et se changea en gastrite aiguë. Une grande agitation avec insomnie, l'inappétence, la chaleur et la douleur de l'estomac, le désir des boissons aigrelettes, et une courbature générale annoncèrent ce changement. Le 3, la malade eut un accès de fièvre avec augmentation de la toux et de la douleur épigastrique. Le 4, apyrexie complète ; diminution de la toux et de la douleur d'estomac. Le 5, nouvel accès durant lequel M. le docteur Lesaive fut appelé et observa les symptômes suivants : pouls dur, serré, fréquent ; peau sèche et brûlante ; langue blanche à son centre et très rouge, comme boutonnée à son pourtour ; respiration courte, pénible, toux fatigante ; épigastre très sensible et très douloureux à la moindre pression ; anorexie, éructations, nausées, et quelquefois même vomissement. On prescrit douze sangsues à l'épigastre, diète, tisane d'orge et de chiendent édulcorée avec sirop de gomme et de groseilles ; petit lait, fomentations émollientes sur l'épigastre. Le malade éprouve un grand et prompt soulagement ; la toux disparaît presque entièrement pour ne plus revenir. Le 6, apyrexie ; légères douleurs d'estomac. Le 7, nouvel accès avec l'appareil des symptômes indiqués, moins la toux. Nouvelle application de sangsues et même régime. Le 8, apyrexie. Le 9, un accès a lieu ; mais les symptômes diminuent peu à peu de violence. On répète encore l'application de douze sangsues. Le 11, accès léger ; douleurs d'estomac beaucoup moindres ; respiration facile. Lavement et quelques cuillerées de bouillon de poulet. Le 13 et le 15, il n'y a que quelques légers frissons et des douleurs à peine sensibles à l'épigastre. Tout annonce la convalescence, qui se prononce le 17. On administre, à cause de l'état pâteux de la bouche, un léger minoratif qui provoque, sans douleur, quelques selles glaireuses. On commence à donner quelques cuillerées de bouillon de bœuf avec le bouillon de poulet : on augmente peu à peu la nourriture jusqu'au 30, époque à laquelle la malade fut entièrement rétablie. (Lesaive, *Journal universel de médecine*, t. XIX, p. 359.)

M. le docteur Lesaive regarde, dans cette observation, la fièvre intermittente comme un effet ou une complication de la gastrite.

Gastro-encéphalite sous type tierce.

N° 249. Auguste Lestage, âgé de vingt-six mois, ayant la tête grosse, le teint fleuri, éprouva, le 13 mai 1823, un frisson assez vif qui fut bientôt remplacé par une chaleur intense avec soif, langue rouge, pointue, nausées, vomissements, diarrhée, météorisme, etc. Ayant cru reconnaître une irritation inflammatoire du tube intestinal et du péritoine, je conseillai une application de quatre sangsues sur l'abdomen, des fomentations émollientes, une boisson gommeuse, acidulée, la diète. Les sangsues ne furent point appliquées. Le soir, une sueur abondante se déclara, et l'enfant passa une très bonne nuit. Le lendemain, le petit malade fut sans fièvre toute la journée et manifesta de l'appétit La rougeur de la langue persistant, je recommandai la diète et l'usage de la même boisson. Le 3, un accès fébrile, semblable à celui du premier, commença vers midi ; mais à deux heures il se manifesta tout-à-coup un nouvel ordre de symptômes : l'enfant perdit connaissance, et tous les muscles du corps furent agités de mouvements convulsifs violents. La figure était fort colorée, le cou rouge et gonflé, la bouche écumeuse, etc. Je ne pouvais méconnaître une gastro-entérite intense avec extension de l'irritation à l'encéphale. Je m'opposai à l'administration des vermifuges qui me semblaient propres à exaspérer la phlegmasie abdominale, et sympathiquement l'irritation encéphalique; mais je fis mordre quatorze grosses sangsues sur l'épigastre. Après qu'elles furent tombées, on plongea le malade dans un demi-bain d'eau tiède, et on lui couvrit la tête de compresses imbibées d'oxycrat froid. Bientôt j'eus la satisfaction de voir tous les accidents se dissiper; une sueur abondante se déclara, et l'enfant passa une très bonne nuit.

La journée du 4 fut excellente. Mais le 5, l'accès se déclara ; vers les deux heures de l'après-midi, on vit reparaître les accidents cérébraux avec une violence effrayante. On eut encore recours aux moyens mis en usage pendant l'accès précédent ; on y ajouta une application de quatre sangsues derrière les oreilles. A six heures, le calme était rétabli, et la sueur commença à se manifester. Convaincu alors de l'insuffisance des antiphlogistiques pour combattre cette irritation intermittente du tube intestinal et de l'encéphale, je fis administrer quatre grains de sulfate de quinine durant l'apyrexie, et l'accès suivant manqua complétement. (Dufau, *Journ. gén. de méd.*)

Gastro-entéro-céphalite tierce. (Fièvre pernicieuse délirante.)

N° 250. Faure, soldat au 59e, âgé de vingt-sept ans, n'ayant pas encore été malade en Afrique, arrivé de Bougie depuis quelques jours, entra à l'hôpital de Bone le 22 octobre 1834, le troisième jour d'une fièvre tierce dont les accès venaient à dix heures du matin. Cet homme avait fait la veille son service ordinaire, et il était dans l'accès lorsque je le vis dans l'après-midi : la langue était légèrement gastritée, la soif peu prononcée, la fièvre et la céphalalgie médiocres; il y avait eu une douzaine de selles muqueuses dans les vingt-quatre heures; ces déjections alvines étaient plus fréquentes au moment de l'accès que dans le reste de la journée. Diète, eau gommée, trente sangsues à l'épigastre, un quart de lavement amylacé et opiacé. 23 matin, délire furieux; le malade s'est levé plusieurs fois pendant la nuit pour s'enfuir. Diète, eau gommée, vingt-quatre grains de sulfate de quinine en potion, un quart de lavement amylacé et opiacé avec soixante grains de sulfate de quinine, deux vésicatoires aux cuisses, deux sinapismes aux jambes. Mort à onze du matin.

Ouverture du cadavre, vingt heures après la mort. — Opacité de l'arachnoïde au niveau de quelques anfractuosités. Pie-mère fortement injectée.

Substance cérébrale dense, ferme, excessivement congestionnée, surtout la substance grise, qui est d'une teinte noirâtre, et paraît occuper beaucoup plus d'étendue que dans l'état naturel. Peu de sérosité dans les ventricules. Cervelet mou, contrastant par sa mollesse avec le cerveau. Sérosité abondante dans la moelle épinière; injection vive et vermeille de la pie-mère; moelle elle-même consistante, dure; substance grise beaucoup plus injectée que la substance blanche, surtout aux renflements cervical et lombaire. Poumons et cœur parfaitement sains. Ramollissement général de la membrane muqueuse de l'estomac avec coloration ardoisée du grand cul-de-sac. Les intestins, gros et petits, sont d'un gris foncé, avec tuméfaction des follicules isolés. Ramollissement dans plusieurs points, et quelques vestiges d'anciennes plaques gaufrées au voisinage de la valvule iléo-cœcale. On n'observe dans toute l'étendue du tube digestif aucune rougeur soit striée, soit pointillée, soit par plaques, soit par imbibition. La rate, volumineuse, a l'aspect d'une pâte de chocolat à l'eau; le foie, sans consistance, offre une altération analogue. (Maillot, *ouvrage cité.*)

Gastro-pneumonie intermittente tierce.

N° 251. Un jeune homme âgé de vingt ans, d'un tempérament sanguin, d'une taille élevée et d'une santé très florissante, fut pris, le 1er juin 1825, d'un malaise considérable: céphalalgie intense, rougeur de la face et des yeux, vive chaleur à la peau, abattement général, langue rouge dans toute son étendue et sèche au milieu, anorexie complète, soif inextinguible, toux fréquente, accompagnée de crachats muqueux abondants, pouls plein, dur et fréquent. Saignée du bras de quinze onces, solution de gomme édulcorée, diète absolue Le 2, apyrexie complète; il n'existe ni céphalalgie, ni chaleur à la peau; la toux et les crachats ont considérablement diminué. La langue, humide dans toute sa largeur, n'est plus qu'un peu rouge aux bords et blanche au milieu. Il n'y a point d'appétit. Solution de gomme et de lait coupé. Le 3, à sept heures du matin, le malade est pris d'un frisson qui dure environ une demi-heure, et auquel succède un état pyrétique caractérisé par la fréquence du pouls, de la céphalalgie, des sueurs abondantes, et une chaleur brûlante qui se fait particulièrement sentir à l'abdomen. La langue est redevenue rouge et sèche; la soif est telle, que le malade avale coup sur coup trois verres de tisane sans l'étancher aucunement. L'expectoration et la toux ont reparu comme la surveille. Trente sangsues à l'épigastre, cataplasme émollient sur l'abdomen, solution de gomme. La fièvre cède à la saignée: le malade se plaint vers cinq heures d'un sentiment d'oppression et de serrement sur le ventre qui se dissipe au moyen de deux lavements émollients. Le 4, le pouls est naturel, la langue est humectée et blanchâtre; il n'y a plus ni toux ni crachats. M. P. Reis accorde du bouillon au malade, qui le demande avec instance Le 5, à huit heures du matin, le frisson se fait sentir et est bientôt suivi des mêmes phénomènes que ceux observés le 3. Cependant ils sont tous moins marqués; les symptômes d'irritation bronchique sont même à peu près nuls. Ce médecin se borne à prescrire le sirop d'orgeat, la diète et un lavement. Le 7, quatrième accès semblable au précédent. Application de vingt-cinq sangsues à l'épigastre. La saignée ayant été très abondante, le malade se trouve abattu le soir après la terminaison de l'accès. Dès ce moment, la maladie a cédé. Le 9 et le 11 ont bien encore été marqués par le frisson et par une légère fréquence du pouls; mais les autres symptômes n'ont point reparu, et l'accès n'a duré que fort peu de temps, surtout le 11. Les forces se sont promptement rétablies, l'appétit est revenu, et ce n'est qu'avec peine qu'on a obtenu du convalescent qu'il réduisît ses aliments le 13, jour où l'on pouvait craindre encore le retour de la fièvre. (*Journ. univ. de méd.*, t. XLV.)

Choléra intermittent, type tierce.

N° 252. Au mois de juillet 1828, un valet de chambre de la maison Rothschild, de Naples, se rendit en France pour passer quelque temps auprès de sa femme, qui habitait constamment Paris. Huit jours après son arrivée, il se déclara chez lui une fièvre intermittente pernicieuse avec le type tierce. Cet homme, doué d'une bonne constitution, était âgé de trente-six ans. Il habitait rue des Trois Frères, n° 5. Sa santé fut parfaite pendant le long trajet qu'il venait de parcourir, et pendant la première huitaine de son séjour à Paris. L'invasion subite du premier accès se manifesta à dix heures du matin. Je fus appelé: un instant après, les symptômes suivants se présentèrent à mon observation : douleur intolérable au ventre et à la région épigastrique, vomissements bilieux très abondants ; les matières vomies étaient de couleur verte tirant un peu sur le jaune; elles contenaient quelques stries de sang d'un rouge vif, comme celui qui est fourni par les vaisseaux artériels. Diarrhée séreuse, soif vive; la langue n'était cependant ni rouge ni sèche; pouls presque imperceptible; peau froide se couvrant de temps en temps d'une sueur glutineuse; figure grippée, yeux caves, respiration difficile, timbre de la voix affaibli. Cet appareil morbide me suggéra, de prime abord, l'idée d'un empoisonnement involontaire par l'ingestion de substances irritantes dans l'estomac. Sa femme me dit qu'elle avait déjeuné avec son mari, et qu'ils n'avaient pris l'un et l'autre qu'une tasse de café au lait préparé dans une casserole de fer-blanc. Il n'existait chez cette femme aucun dérangement. Je fis plonger le malade dans un bain à 19° Réaumur; il resta une heure dans l'eau sans éprouver le moindre soulagement. Je prescrivis la potion suivante: eau distillée de laitue, trois onces; sirop de gomme, une once; sirop diacode, trois gros; à prendre une cuillerée à bouche chaque quart d'heure. Pour boisson ordinaire, infusion de fleurs de tilleul et de feuilles d'oranger, édulcorée avec sirop de gomme. Sept heures après l'invasion de l'accès, il survint un calme assez grand pour permettre au malade de s'endormir. Pendant le sommeil, qui dura cinq heures sans interruption, le pouls se releva, la respiration redevint facile, la figure reprit son expression naturelle et la peau sa chaleur; il y eut même un peu de transpiration. Au réveil, il n'existait pas d'autres traces d'indisposition qu'un léger sentiment de faiblesse. La journée du lendemain se passa parfaitement bien. Le malade fit plusieurs courses.

Quoique je ne susse guère alors comment expliquer cette invasion si brusque, ces symptômes si graves et ce rétablissement si prompt, je dois avouer que l'idée de fièvre pernicieuse intermittente ne me vint pas à l'esprit. Le surlendemain, à peu près à la même heure, les mêmes accidents reparurent accompagnés des mêmes symptômes, avec une intensité plus grande et une durée plus prolongée de deux heures. Dès ce moment, je reconnus la nature de la maladie que j'avais à combattre. Je ne fus plus embarrassé pour saisir la véritable indication; mais pour agir avec efficacité, il fallait attendre la fin de l'accès. Je craignais que le malade ne succombât pendant sa durée. Il se termina heureusement comme le premier. Je me hâtai alors de prescrire le sulfate de quinine. J'en fis prendre dix-huit grains par doses de six grains, à quatre heures de distance. Le troisième accès manqua complétement. Le sulfate de quinine ne fut pas moins continué pendant quatre jours, en diminuant chaque dose d'un grain par jour, de telle sorte qu'elles n'étaient plus à la fin que de deux grains. Quelque temps après, le malade repartit bien portant pour Naples. (Francon, *Gazette médic. de Paris,* 1833.)

Choléra intermittent, type tierce

Nº 253. Une femme de trente-quatre ans, d'un caractère impressionnable, d'une constitution détériorée, que j'avais déjà soignée pour un catarrhe chronique, se présenta, le 4 du mois dernier, à la consultation du quatrième dispensaire de la Société philanthropique, et réclama mes conseils pour une diarrhée dont elle était atteinte depuis le matin. Je lui prescrivis de l'eau de riz gommée, des lavements amylacés et laudanisés, des cataplasmes sur le ventre et la diète. Elle ne fit aucun de ces remèdes. Dans la soirée elle me fit appeler; au moment de ma visite elle était dans un état de prostration extrême ; la peau des membres thoraciques et abdominaux était refroidie, la langue froide, l'abdomen tellement sensible que le contact des couvertures était insupportable ; elle était tourmentée par des nausées bientôt suivies de vomissements bilieux. A chaque instant, elle avait des selles bilieuses très liquides; elle urinait encore; le pouls était très fréquent, facilement dépressible, la voix presque éteinte, la soif extrême. Usage d'une potion laudanisée, prise par cuillerée à bouche de demi-heure en demi-heure, et suivie chaque fois de l'administration d'un fragment de glace; je prescris après chaque selle, un quart de lavement d'amidon, additionné de quatre gouttes de laudanum de Rousseau; je fais couvrir les membres avec des morceaux de laine que l'on réchauffe avec des fers à repasser. Le lendemain, je trouve la malade levée; la peau est d'une bonne température, le pouls bien développé ; elle m'apprend que ses douleurs ont diminué depuis mon départ, et qu'à deux heures après minuit elle s'est endormie; elle se plaint seulement d'une grande lassitude. Je prescrivis le repos, une boisson délayante, deux quarts de lavements émollients. A trois heures et demie, on vient me chercher en toute hâte. Je trouve la malade présentant au plus haut degré les affreux symptômes du choléra; les matières vomies, les déjections alvines sont formées par un liquide semblable à une légère décoction de riz; l'urine est supprimée, la peau d'une coloration bleuâtre; le pouls ne se sent pas, l'haleine est glacée, la soif extrême. En attendant la glace que j'envoie chercher, j'essaie de lui faire boire une cuillerée d'eau fraîche : le liquide tombe dans l'estomac comme dans un vase inerte. Elle dit d'une voix faible adieu à sa fille; sa vue s'éteint, elle ne distingue plus les personnes qui sont auprès de son lit. J'insiste sur l'emploi de la glace, des potions laudanisées, des lavements de même nature, et je cherche à réchauffer le corps au moyen de bouteilles d'eau chaude et de briques échauffées. A deux heures après minuit, la malade éprouve un peu d'amélioration, elle s'endort. Frappé de la coïncidence existant entre la fin de ces formidables accidents, je m'informe auprès des parents si la malade, bien portante la veille jusqu'à trois heures, n'avait point l'avant-veille, premier jour de sa maladie, éprouvé à la même heure une aggravation dans ses souffrances; ils me répondent affirmativement. J'établis au bras un vésicatoire au moyen de l'ammoniaque. A midi et demi, je le charge de dix grains de sulfate de quinine ; à une heure, j'administre un lavement d'amidon additionné de six grains de sulfate de quinine et de six gouttes de laudanum de Rousseau; elle prend en outre vingt-quatre grains de sulfate. A trois heures, l'accès se marque par un vomissement blanc et une selle de même nature, mais il ne dure pas un quart d'heure. La peau est d'une bonne température, le pouls développé, la soif moindre : la malade est pleine d'espoir. Le lendemain, la même dose de sel fébrifuge est administrée. A dix heures du soir, la malade éprouve une vive émotion morale; elle a des nausées, des vomissements blanchâtres qui durent peu. Le sulfate de quinine est con-

tinué encore pendant cinq jours, à dose décroissante. Au bout de ce temps, la guérison est complète.

Un de nos confrères m'a dit avoir perdu un cholérique chez lequel il avait méconnu l'intermittence. (Lemoine, *Revue méd. franç.*, 1835.)

Gastrite intermittente quarte. (Fièvre intermittente larvée.)

N° 254. Madame B***, couturière, âgée de quarante-quatre ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, fut prise, au commencement de novembre 1818, d'un gros rhume qui lui causait de grands maux de tête, de l'agitation et de l'insomnie.

Les 26 et 27, mêmes symptômes, de plus malaise et douleurs d'estomac.

Appelé le 28, je trouve la malade dans l'état suivant : mal de tête très violent, surtout vers le front; accablement, état presque soporeux; pouls fréquent, médiocrement dur; oppression, toux fréquente sans expectoration; perte d'appétit, bouche amère; langue sèche, rouge sur les bords, tirant au noir sur le milieu, douleur vive à l'estomac, augmentant beaucoup par le toucher : constipation.

Croyant apercevoir dans ces symptômes les signes caractéristiques d'une inflammation de l'estomac, je prescris l'application de dix sangsues sur l'épigastre, d'un cataplasme émollient après les sangsues, et l'usage de boissons et potions adoucissantes. Vers six heures du soir, au moment de la chute des sangsues, défaillance, grande oppression, suivie de syncope et de convulsions très violentes.

A neuf heures, retour imparfait de la connaissance; rémission dans les mouvements convulsifs. A dix heures, retour de la syncope, et à onze, violentes convulsions, yeux ouverts et fixes, serrement des mâchoires, respiration stertoreuse, lèvres noires et sèches, pouls assez développé, intermittent.

On administre plusieurs cuillerées d'une potion antispasmodique éthérée. Cet état se prolonge jusqu'à quatre heures du matin, époque après laquelle il se dissipe peu à peu.

Le 29, accablement, lassitude, persistance de la céphalalgie et de la douleur d'estomac. Cataplasme sur l'épigastre, potion antispasmodique, eau de gruau.

Le 30, amélioration dans la situation que je viens de décrire.

Le 1er décembre, le mieux continue dans la matinée. A six heures du soir, retour de tous les accidents, langue et lèvres sèches et noires, perte de connaissance, respiration stertoreuse, convulsions, efforts de vomissement sans résultat, fréquentes menaces de suffocation. Large vésicatoire sur la poitrine, usage de la potion éthérée. Ce second accès, bien plus violent que le premier, dure jusqu'à deux heures du matin.

Le 2, lassitude très grande; mais la région épigastrique n'est plus douloureuse au toucher, la langue revient à son état naturel, appétit encore nul.

Le 3, l'amélioration se soutient, et la malade se croit hors d'affaire.

Le 4, nouvel accès à l'heure accoutumée, mais moins fort et moins long que le deuxième.

Conduit par le retour des accidents à des jours et à des heures déterminés, à soupçonner l'existence d'une fièvre intermittente, et me souvenant de l'état d'irritation dans lequel j'avais trouvé l'estomac dans le commencement de la maladie; ayant égard à l'état habituel de constipation, et m'étant assuré que, dans les intervalles d'un accès, il y avait plutôt amélioration de la santé que dépérissement; je me contente de prescrire une décoction de deux gros de quinquina dans une pinte d'eau; la malade en prend deux verres par jour, et en boit une pinte et demie avant l'accès du 7,

qui eut lieu à l'heure ordinaire ; on remarque une grande diminution dans la violence et la durée des symptômes.

On prescrit, le lendemain et les jours suivants, trois verres par jour de la décoction du quinquina. L'accès du 10 est encore moins fort; on augmente d'un verre par jour la dose de la décoction.

L'accès du 13 est peu intense, même prescription ; le deuxième jour d'intermittence, santé parfaite, retour des forces et de l'appétit.

Le 16 au matin, malaise, accablement, céphalalgie, accès à la même heure, mais plus fort que le précédent.

Le 19, malaise et signes précurseurs ordinaires, mais point d'accès.

Le 22, encore un peu de malaise, mais l'accès ne revient plus; on continue la décoction de quinquina dont on diminue graduellement la dose jusqu'au 1er janvier, époque à laquelle on supprime tout-à-fait le traitement. (Lejumeau de Kergaradec, *Journal général de méd.*, t. LXVIII.)

Autre gastrite intermittente avec le type quarte.

No 255. Croisier (Antoine), de Favière, département de la Meurthe, âgé de quarante ans, d'un tempérament bilieux, exerçant le métier de tisserand, fut pris d'accès fébriles qui revenaient toutes les soixante-douze heures, à la suite d'un refroidissement causé par une grande pluie du mois d'octobre 1818. Cet homme, très courageux, continua de se livrer au travail pendant les premiers mois de sa maladie; mais ses forces diminuant de jour en jour, il me fit appeler pour la première fois, le 18 décembre suivant. A cette époque, les accès se prolongeaient depuis trois heures du soir jusqu'au lendemain matin; le frisson avec tremblement durait deux, trois et quelquefois quatre heures, selon que le malade s'était plus ou moins ménagé. Pendant la chaleur et la sueur on observait tous les symptômes d'une fièvre dite bilieuse intense : la langue était couverte au centre d'un enduit jaune; sa pointe relevée s'avançait bien en deçà des incisives et était rouge ainsi que les bords; il y avait épigastralgie, nausées, anorexie, etc. Après la sueur tous ces symptômes disparaissaient petit à petit, et toutes les fonctions reprenaient leur premier état, jusqu'à l'accès suivant. La langue se nettoyait et reprenait sa couleur naturelle ; l'épigastralgie cessait, et une appétence marquée pour les substances d'une digestion facile se faisait ressentir; les aliments lourds occasionnaient toujours une indigestion. Voici quel a été mon traitement pour guérir cette affection : pendant l'accès, repos au lit; diète, tisane d'orge miellée; lavements et fomentations sur l'abdomen. Pendant l'apyrexie, nourriture légère en petite quantité ; eau vineuse; deux prises par jour d'un mélange de douze grains de muriate d'ammoniaque, et de dix huit grains de poudre de valériane délayés dans du vin sucré. Le 12 janvier 1819, les accès étaient retardés de deux heures et cessaient vers le milieu de la nuit; les forces renaissaient. Mais le malade ayant fait des imprudences, le mal revint comme auparavant, et ne cessa entièrement que vers le 15 février. (Deleau, *Aperçu sur l'abus du vomissement.*)

Gastro-entérite quarte. (Fièvre intermittente cholérique.)

No 256. M. B***, sous-chef au ministère des finances, âgé de trente-quatre ans, d'une constitution grêle et d'un tempérament nerveux, éprouva dans la soirée du 27 septembre 1829, à la suite d'un dîner assez copieux, du malaise avec frisson, céphalalgie, puis des vomissements d'aliments et de matières bilieuses, accompagnés d'évacuations alvines fréquentes et douloureuses, de douleurs contusives dans les membres, de sueur, etc.

Le lendemain 28, M. B..., me fait appeler, et je le trouve calme, sans fièvre, conservant encore un état de moiteur et n'éprouvant qu'un sentiment

de fatigue et de lassitude dans les membres ; la langue est saburrale, le bas-ventre est souple, nullement douloureux à la pression. Le malade dit avoir eu une indigestion. Orangeade pour boisson, lavement émollient, repos, diète.

Le 29 au matin, M. B..., se trouve tellement bien, qu'il se lève et prend un potage. Le 30, il se disposait à sortir, lorsqu'il fut pris tout-à-coup d'un frisson suivi de vomissements presque continuels, en même temps que d'évacuations alvines qui se succèdent à tel point, qu'en moins d'une heure l'on a pu en compter plus de quatre-vingts. Elles finissent par devenir presque entièrement sanguinolentes, s'accompagnent de douleurs déchirantes à l'estomac et dans tout le trajet de l'intestin, de crampes dans les membres, de lipothymies fréquentes. Le malade ne peut supporter la moindre pression à l'épigastre; le pouls est faible et donne cent six pulsations par minute. Potion calmante avec eau de laitue, trois onces; sirop diacode et de guimauve, de chaque demi-once; lavement de tête de pavot, fomentations émollientes sur l'abdomen, cataplasme sinapisé aux pieds.

Toute cette série d'accidents diminue graduellement en quelques heures, et le lendemain 1er octobre, le malade n'éprouve plus qu'un sentiment de courbature et de brisement dans les membres, avec un reste de sensibilité à l'épigastre. La langue est saburrale, épaisse, et légèrement rouge à son pourtour. Persuadé que M. B..., est sous l'influence d'une affection intermittente grave dont il importe d'arrêter les suites, mais craignant de porter sur l'estomac aucun médicament actif, et fondé d'ailleurs sur l'expérience personnelle que j'ai acquise de l'efficacité du sulfate de quinine en lavement, je prescrivis quinze grains de cette substance avec demi-grain d'extrait gommeux d'opium dans une livre de véhicule, à prendre en trois lavements dans le jour, recommandant que le dernier précède d'une heure seulement le retour présumé de l'accès. Mais le malade n'a pu garder les deux premiers, et l'accès a prévenu le troisième de plusieurs heures, de sorte que les mêmes accidents reparaissent avec une intensité qui fait craindre pour les jours du malade. Cette fois l'accès se prolonge plus de dix-huit heures, et pendant sa durée, M. B... vomit sans cesse avec des efforts incroyables; il éprouve continuellement le besoin d'aller à la garde-robe, et rend avec douleur, avec angoisse, des matières successivement bilieuses, glaireuses et sanguinolentes. La face est crispée, pâle, livide; tout le corps est couvert d'une sueur froide et visqueuse; la respiration est laborieuse, suspirieuse ; il y a des hoquets fréquents, des crampes douloureuses dans les membres, des menaces de syncope pour le moindre mouvement, et principalement lorsque les vomissements et les évacuations alvines se répètent. La langue est sèche, aride ; l'estomac d'une sensibilité excessive, le pouls faible, fréquent et parfois intermittent. Le malade répète sans cesse d'une voix affaiblie et entrecoupée qu'il est perdu, qu'il se meurt. Potion *ut suprà*, orangeade glacée, lavement opiacé, fomentations vinaigrées sur les membres, sinapismes aux pieds. Je profite d'un moment de rémission pour administrer la potion suivante : eau distillée de laitue, de tilleul, de fleurs d'oranger, de primevère, aa. une once ; sirops d'éther, d'opium, aa. demi-once ; sulfate de quinine, quinze grains. Il était neuf heures du soir. Le lendemain matin, à sept heures, le malade est dans un état de calme inespéré ; il dort depuis plusieurs heures. Je le revois dans la matinée ; il n'éprouve qu'un état d'accablement et de faiblesse, joint à un besoin de sommeil. Le pouls est lent, cinquante-six pulsations par minute; la peau moite, la langue humectée, saburrale et légèrement rosée. Continuation pendant plusieurs jours de la potion et de la tisane prescrites. On diminue chaque jour graduellement la dose de la potion. Dès ce moment nul accident ne se manifeste ; le malade, en peu de jours, peut se lever, reprendre quelques aliments, et se rendre au bout de quinze jours à la campa-

gne pour y passer le temps de sa convalescence. (Jolly, *Nouvelle Bibliothèque médicale*, 1828.)

Diarrhée intermittente tierce. (Febris intermittens diarrhæam torminosam simulans.)

N° 257. La veuve Harcourt eut, pendant trois semaines, une fièvre intermittente légitime qui, sous l'influence d'un mauvais régime, dégénéra en continue, et bientôt parut transformée en une nouvelle maladie, savoir: une diarrhée avec des tranchées cruelles et des envies de vomir. Indépendamment du froid, de la chaleur, et des autres symptômes de la fièvre, cette femme se plaignait durant le paroxysme d'un flux de ventre immodéré, et de coliques si violentes, qu'il lui semblait qu'à chaque accès elle allait rendre le dernier soupir. M'étant aperçu, dit Morton, que les urines étaient rouges et troubles, comme dans les fièvres intermittentes; que le flux de ventre et les coliques revenaient par accès, je reconnus que ces symptômes fâcheux avaient leur source dans le foyer vénéneux de la fièvre intermittente. Je pensai qu'il était inutile d'employer le laudanum et les autres médicaments semblables Je prescrivis d'abord l'eau de poulet, la décoction blanche et un bol opiacé, dans l'intention de modérer les symptômes actuels de la maladie; l'accès passé, j'administrai le quinquina, auquel j'associai, suivant le besoin, le laudanum. A l'aide de ce traitement, non seulement la diarrhée et les coliques périodiques, mais encore la fièvre qu'elles masquaient, furent dissipées; les urines reprirent leur couleur ordinaire, et l'appétit revint. Je quittai la malade en lui ordonnant de continuer l'usage du quinquina à certains intervalles. Cette femme, se trouvant jouir d'une parfaite santé, négligea mon avis; mais deux semaines furent à peine écoulées, qu'elle ressentit des douleurs presque par tout le corps, et que la maladie revint sous la forme d'une ophthalmie qui attaquait l'œil gauche.

Appelé de nouveau auprès de la malade, j'observai que les urines étaient rouges et troubles comme auparavant; elle éprouvait une soif vive, son pouls était très fréquent. M'étant assuré que cette ophthalmie présentait, tous les deux jours, et à des époques déterminées, des exacerbations bien marquées, je reconnus bientôt cette nouvelle transformation de la fièvre intermittente; je fis pratiquer une saignée de la jugulaire; je prescrivis une décoction amère, un purgatif, un collyre anodin, et un cataplasme sur l'œil malade; puis je lui ordonnai de prendre, durant l'intermission, un électuaire avec la poudre de quinquina.

La malade ne tarda pas à être délivrée, par ce traitement, de son ophthalmie intermittente ou de sa fièvre larvée. Elle a joui dès lors d'une bonne santé. (Morton, *Opera medica*, hist. 4.)

Dysenterie rémittente tierce.

N° 258. M. de K***, âgé de quarante ans, eut pendant quelque temps la diarrhée, vers la fin du mois d'octobre 1760. Ayant négligé cette affection, elle fut bientôt accompagnée de chaleur, de fièvre, et dégénéra en dysenterie. Le barbier du lieu lui pratiqua une saignée, et comme le malade éprouvait des nausées et des envies de vomir, il lui administra l'émétique. N'ayant pas été soulagé par ces moyens, le malade s'abandonna à mes soins le 28 du même mois. Lorsqu'il m'eut fait l'histoire de sa maladie, je soupçonnai qu'elle masquait une fièvre rémittente, dont les exacerbations avaient lieu tous les deux jours à midi. Ces exacerbations n'étaient caractérisées par aucun sentiment de froid, mais par une grande chaleur, une soif vive, un flux de ventre qui se répétait environ quarante fois avec de fortes coliques

mais sans ténesme. Dans l'intervalle des paroxysmes, le flux de ventre, la fièvre, la chaleur, la soif persistaient, mais à un très faible degré. La durée des accès était de vingt-quatre heures. Le malade était sans force et sans appétit. N'ayant pu voir ses urines, et ne pensant pas qu'il pût encore y avoir de danger pour sa vie, je n'administrai point de suite le quinquina; je m'efforçai seulement de modérer les symptômes par des moyens adoucissants et un cataplasme émollient, jusqu'à ce qu'un nouvel accès vînt confirmer le diagnostic que j'avais porté. Il eut lieu en effet le 30, et présenta les mêmes symptômes qu'auparavant, si ce n'est que la dysenterie fut encore plus intense. Alors, quoique l'urine ne présentât point de sédiment, j'ordonnai une demi-once de quinquina à prendre en mixture pendant la rémission. Le paroxysme suivant fut beaucoup moins intense; la chaleur, la soif furent bien moins marquées; toutes les selles eurent lieu sans aucune douleur, à l'exception de deux, et après huit heures de durée, l'apyrexie a été parfaite.

Le malade ayant continué à faire usage du quinquina, fut délivré à la fois de la dysenterie et de la fièvre. Il ne restait qu'un peu de faiblesse dans les muscles et dans les premières voies, puis une bouche mauvaise et sèche, mais tous ces symptômes ne tardèrent point à disparaître à l'aide de remèdes convenables. (Lautter, *Historia biennalis*, casus 20.)

Dysenterie intermittente tierce. (Fièvre intermittente pernicieuse atrabilaire.)

No 259. Un soldat en garnison dans notre ville, durant le treizième accès d'une fièvre tierce, rendit abondamment par les selles une matière noire semblable à du sang coagulé et en partie liquide, que le malade rapportait à un flux hémorroïdal; mais la couleur noire de cette matière, qui se trouvait exactement entremêlée avec les excréments, qui étaient eux-mêmes presque liquides, indiquait qu'elle venait de plus loin. Cette matière, bien distincte des excréments, ressemblait à du sang noir, et était semblable à ce que les anciens appelaient l'*atrabile*. Les déjections dont il s'agit étaient très copieuses, fréquentes, et se faisaient avec une sorte d'explosion; le malade présentait en même temps une face hippocratique; ses extrémités étaient froides; tout son corps était livide, le pouls était à peine sensible. On s'empressa de lui administrer le quinquina, sans presque fonder aucun espoir de succès sur son usage.

Le lendemain matin, je ne savais si je devais aller voir le malade, regardant sa mort comme très probable. Cependant il vivait encore, mais son corps était toujours froid, son pouls faible, ses forces prostrées. On continua l'emploi du quinquina dont on diminua un peu la dose. On ne prescrivit pas autre chose au malade, si ce n'est un peu de nourriture. Le jour suivant, l'accès fut très léger; le pouls commença à s'élever, le corps à s'échauffer; le flux noir, déjà très diminué, cessa bientôt d'avoir lieu. L'état du malade devint de jour en jour plus satisfaisant. Quoique l'accès ne revînt plus, on continua le quinquina pendant quelque temps comme moyen prophylactique, et le malade se rétablit promptement et sans qu'aucun accès ait reparu. (Torti, *Therap. special.*, lib. III, c. 1, hist. 7.)

Dysenterie rémittente double-tierce. (Fièvre intermittente pernicieuse dysentérique.)

No 260. Une jeune personne âgée de vingt-deux ans, très saine, douée d'une sensibilité assez vive, fut atteinte, il y a plusieurs mois, de douleurs de coliques très fortes qui se calmaient aussitôt que des selles avaient eu lieu. Les tranchées se renouvelaient toutes les heures à peu près, et deve-

naient par leur continuité d'une nature plus violente et plus fâcheuse. Je fus appelé auprès de la malade vers le quatrième jour de la maladie; je prescrivis vingt grains d'ipécacuanha qui produisirent un assez bon effet. Les selles devinrent un peu moins fréquentes; elles acquirent une teinte jaunâtre, tandis qu'auparavant elles étaient semblables à de la lavure de chair, et contenaient des flocons d'une matière comme sanguinolente. Un léger parégorique fut néanmoins administré. Il y avait peu d'altération dans le pouls, ses battements étaient réguliers; la tête et la poitrine ne paraissaient point affectées; sommeil peu profond pendant deux heures. Vers le milieu de la nuit, tout changea de face; la malade se plaignit d'un froid cuisant, surtout aux extrémités; le pouls devint intermittent et les tranchées beaucoup plus vives: bientôt une sueur froide couvrit le visage, les pieds et les mains; la faiblesse fut très grande et semblait à chaque instant devoir amener une lipothymie; la réaction ne put s'établir complétement, et la chaleur ne fut jamais vive. Cet état dura douze heures environ, et ne se calma point par les antispasmodiques ordinaires. Peu à peu les forces se rétablirent, et la malade se trouva à peu près comme la veille. Il n'y eut pas d'autre sueur que celle dont j'ai parlé, et qui se prolongea jusqu'à la fin du paroxysme. Malgré l'amélioration qui fut très sensible, les selles ne perdirent rien de leur fréquence; elles reprirent leurs mauvaises qualités, leur odeur fétide, etc. Je m'assurai que, l'avant-veille, la nuit avait été moins tranquille que la précédente et que la suivante, ce qui, vu la maladie régnante, me fit croire à l'existence d'une fièvre intermittente qui tendait fortement à devenir pernicieuse Les urines cependant n'étaient nullement briquetées, mais pâles et limpides. Je vis la nécessité d'administrer le quinquina; mais je n'osai le donner à l'intérieur, de crainte d'exaspérer l'affection dysentérique.

J'essayai pourtant de le prescrire à la dose d'une drachme, de deux heures en deux heures, combiné avec la liqueur d'Hoffmann, le camphre et sirop diacode. La malade ne put supporter la troisième prise, tant était grande l'irritation des organes digestifs et l'exaspération des douleurs. Elles ne se calmèrent pas, malgré l'usage des lavements émollients et des *opiatiques*. J'eus alors recours à une décoction un peu forte de kina, à laquelle j'associai quelques laxatifs. La malade ne la supporta pas davantage. Alors je tournai principalement mes vues du côté de l'affection dysentérique, imaginant que si je parvenais à la calmer, l'administration du quinquina aurait des effets moins fâcheux. Comme la fièvre me paraissait avoir le type double-tierce, et que je ne pouvais administrer le quinquina en frictions dans l'impossibilité où j'étais de m'en procurer sur-le-champ, je prescrivis les huileux, les antispasmodiques, le camphre surtout combiné avec le nitre, le petit-lait pour boisson, des frictions sèches sur l'abdomen, ainsi que des lavements émollients. L'effet de ces moyens fut presque nul. Le redoublement de la nuit parut moindre que celui de la veille; frissons légers, peu de sueurs froides; faiblesse moins grande. Les douleurs du ventre et les selles étaient toujours semblables. Mêmes moyens; frictions avec la décoction et la teinture de kina camphrée L'exacerbation de la nuit fut terrible. La malade ne croyait pas revoir le jour. On la réchauffa; on lui donna quelques cordiaux, de la thériaque délayée dans un peu d'eau de fleurs d'oranger; *elle ne pouvait supporter le vin.* Ses forces s'affaiblissaient toujours davantage; elle résistait autant qu'il était en elle à un assoupissement qui semblait venir d'un excès de douleur et de fatigue. Le jour arriva, et les symptômes commencèrent à perdre une partie de leur caractère alarmant. Les sueurs froides et gluantes cessèrent, le pouls reprit un léger degré de régularité et d'énergie; la malade put se soutenir sur son lit pour rendre les selles, qui semblaient avoir été moins fréquentes pendant l'exacerbation.

Je voulus de nouveau recourir au quinquina pris en substance, mais l'irritation des organes digestifs, plus grande encore que les premiers jours, m'en fit bientôt proscrire l'usage. Le hoquet survint de temps en temps; le camphre fut continué à hautes doses, ainsi que les opiatiques et les frictions avec la teinture de kina; un vésicatoire fut appliqué sur l'abdomen. Comme la malade avait été sujette à des affections vermineuses, je conseillai l'huile de ricin, des lavements avec l'assa-fœtida. La nuit fut beaucoup moins mauvaise que la précédente, mais les selles ne changèrent pas de nature; les douleurs du ventre persistèrent. Malgré l'usage des moyens dont j'ai parlé, et la répétition fréquente des frictions avec le kina, la malade expira vers la fin de la nuit suivante. On n'avait pu la *réchauffer* ni rappeler ses forces. (Thomas, *Journal général de médecine*, t. XXI.)

Nous ne donnons ici qu'un extrait de cette observation, en conservant autant que possible les propres phrases de l'auteur, qui appelle la maladie dont il s'agit une *fièvre intermittente pernicieuse, associée à une dysenterie;* mais dans les réflexions qui sont à la suite de son observation, ce médecin avoue *qu'il lui paraît très probable que l'affection dysentérique fut la cause déterminante de la fièvre pernicieuse.*

Gastro-colite rémittente tierce. (Fièvre pernicieuse dysentérique de l'auteur.)

N° 261. Madame Antoine, résidant à Montluel, âgée de soixante ans, d'une constitution détériorée, sujette aux fluctions humorales, habituée à se purger trois ou quatre fois par an, et s'en trouvant bien, éprouvait depuis deux mois une pesanteur permanente à l'épigastre avec des pulsations fortes, du dégoût, des tintements d'oreilles, et parfois des étourdissements; elle se purge comme à l'ordinaire, mais sans amélioration dans son état.

Dans le mois d'août 1823, madame A. ayant éprouvé une émotion très pénible à la vue d'une malade incurable qui lui était chère, prend, contre son habitude, une tasse de lait. Dans la nuit, elle est réveillée par un frisson général, avec tremblement, cardialgie violente, vomissement du lait, pris la veille, mêlé à des matières mucoso-bilieuses. Des coliques, des déjections, des glaires sanguinolentes involontaires s'y joignent; la malade perd connaissance et reste sans secours toute la nuit; quelques heures après, le sentiment revient avec une chaleur brûlante, une céphalalgie frontale intense, jointe à des pulsations dans les oreilles, beaucoup de soif, langue rouge, effilée, ventre et région épigastrique tendus, douloureux au toucher; battements violents dans le creux de l'estomac.

Les nausées et les déjections se prolongent dans la journée. A dix heures du matin, dix sangsues sur l'épigastre, cataplasmes sur les piqûres, eau gommée, diète absolue; vers le soir, tous les symptômes diminuent. Il reste encore un peu de fréquence dans le pouls, de la soif et de la sensibilité dans le ventre. La nuit est assez bonne, et la rémission se prolonge une grande partie de la journée suivante.

Le soir, deuxième accès de même nature, même rémission; lavement d'amidon, potion avec quinze gouttes de laudanum.

Le troisième accès, toujours à type tierce, commence cinq heures plus tôt, sans perte de connaissance, mais avec des efforts de vomissements extrêmement douloureux, des déjections mucoso-sanguinolentes énormes, et il est accompagné de coliques atroces, qui se prolongent toute la nuit. Dans la matinée, l'apyrexie est complète; il n'y a point de soif; le ventre est encore un peu douloureux et les selles glaireuses. Sulfate de quinine, quatre grains; laudanum, quinze gouttes, dans un véhicule adoucissant, à prendre

en quatre fois ; deux demi-lavements d'amidon avec vingt gouttes de laudanum dans chaque. L'accés manque.

Le lendemain, même potion, et lavements d'amidon simples, pendant deux jours. Guérison rapide. (Nepple, *ouvrage cité.*)

Colite tierce.

N° 262. M. B***, ingénieur des ponts et chaussées, d'une susceptibilité nerveuse singulière, et très disposé aux irritations de l'appareil digestif, fut pris, dans la nuit du 16 au 17 juillet 1824, de coliques violentes avec ténesme très douloureux et déjection fréquente de matières muqueuses, glaireuses, sanguinolentes. Ces symptômes continuant le 17 au matin, on appliqua quinze sangsues à l'anus, et le malade fut mis à la diète ainsi qu'à l'usage d'une boisson gommeuse. Vers midi, tous les accidents avaient cessé. Le 18, état naturel; le malade se crut guéri, et prit le soir un potage Dans la nuit, du 18 au 19, M. B*** fut encore réveillé par de violentes tranchées, accompagnées d'épreintes très douloureuses, de déjections muqueuses, sanguinolentes, et de chaleur brûlante à l'anus; le pouls était légèrement fébrile, la langue naturelle. Le retour des accidents fut attribué au potage pris imprudemment la veille. On appliqua vingt sangsues au fondement, et on recommanda une diète absolue Tous les symptômes disparurent dans l'après-midi, et la nuit du 19 au 20 fut excellente, de même que la journée du 20. Cependant, malgré l'abstinence la plus rigoureuse, la nuit du 20 au 21 vit reparaître les mêmes accidents. Alors je reconnus une colite tierce. Les douleurs étant très vives sur le trajet du colon transverse, je fis encore poser quinze sangsues sur cette partie. L'accès suivant manqua complétement, et la convalescence fut rapide. (Dufaud, *journal cité.*)

Colite fébrile avec type tierce.

N° 263. Mademoiselle M***, âgée de vingt-quatre ans, vint me consulter, au commencement de septembre 1818, pour une fièvre tierce parfois irrégulière, dont elle était attaquée depuis un an. Pendant la pyrexie, elle éprouvait des coliques très vives et une soif inextinguible, précédées de frissons dans l'épine dorsale ; quelques selles très liquides terminaient l'accès ; puis, pendant une heure, elle conservait de la chaleur à la peau et un malaise général. Dans les intermissions, cette chaleur et la soif suivaient de près l'ingestion des aliments, et la diarrhée survenait quatre heures après le repas. Il n'y avait alors aucune douleur, ni changement notable dans le pouls, seulement la malade éprouvait des lassitudes dans les membres et de l'abattement. La malade me dit avoir été atteinte, quinze mois auparavant, d'une fièvre bilieuse putride, contre laquelle on dirigea une foule de médicaments échauffants; sa convalescence avait été longue et imparfaite, et une diarrhée, avec des douleurs de coliques, avait été le prélude des accès fébriles. Depuis cette époque, elle avait pris vainement tous les fébrifuges et les antidiarrhéiques connus; elle était presque dans le marasme.

Ayant examiné plusieurs accès de cette fièvre intermittente, je pensai qu'elle pouvait être rattachée à l'inflammation chronique de l'iléon, et particulièrement à celle du colon, que le quinquina, dirigé contre la fièvre sympathique, avait, sinon accrue, au moins entretenue. J'insistai sur la diète absolue; elle fut gardée pendant six jours. La malade ne prit que de l'eau de gomme arabique et des potions gommeuses aromatisées avec le sirop de fleurs d'oranger, puis des lavements émollients et anodins. J'ajoutai aux potions, durant les premiers jours seulement, quelques gouttes de laudanum liquide de Sydenham. La fièvre ne revint pas; la malade n'éprouva point de coliques; elle sentit ses forces augmenter; l'appétit se manifesta. Je permis

deux potages qui fatiguèrent un peu la malade et ramenèrent des coliques sourdes ; je la tins pendant huit jours au lait de vache et à la décoction blanche. Au bout de ce temps, elle se trouva parfaitement bien; la fièvre, les coliques et la diarrhée ne reparurent plus. Elle a repris graduellement sa nourriture ordinaire, en ayant soin de s'abstenir des stimulants. La malade n'a plus éprouvé aucune indisposition, et a recouvré son embonpoint et toutes ses forces. (Desruelles, *Journal universel de méd.*, t. XV.)

Dysenterie rémittente quarte. (Quartana remittens cum gravi diarrhæâ et vomitu.)

N° 264. Un forgeron âgé de trente-six ans fut atteint, le jour de la fête de tous les Saints, d'une fièvre qu'on regarda d'abord comme une fièvre putride continue, et que je reconnus être une rémittente quarte, lorsque j'eus vu le malade et que j'eus appris l'histoire de sa maladie. On lui avait déjà administré des vomitifs et des purgatifs qui l'avaient un peu soulagé; mais, le 17 novembre 1760, ayant beaucoup mangé à son dîner de la chair de porc et d'autres aliments de difficile digestion, il ressentit vers le soir des frissons, des douleurs vagues, et un sentiment de pesanteur dans le ventre, des anxiétés, des nausées. Le lendemain matin, le barbier du lieu lui donna des pilules drastiques, qui non seulement le firent beaucoup évacuer ce jour-là, mais encore le lendemain. Le malade était plongé dans une grande prostration de forces, sans appétit, avec une soif très vive, une toux fréquente, une grande chaleur, et une fièvre assez marquée. Le 20 novembre, vers le soir, un léger frisson se manifesta de nouveau avec une anxiété très grande; quelques vomissements bilieux se manifestèrent et furent suivis de plusieurs selles, de toux; et tous les symptômes indiqués se montrèrent avec beaucoup plus de violence. On me fit appeler le jour suivant : le pouls était fréquent, faible; la respiration courte, pénible; la toux sèche; les forces étaient tellement anéanties, que le malade pouvait à peine se tourner; il avait une violente diarrhée, semblable à celle qu'on appelait autrefois *hépatique;* les tempes étaient affaissées, la face livide, l'air souffrant; il y avait une sueur abondante et presque continuelle. Le malade se plaignait de douleurs si violentes dans le tube intestinal, qu'il lui semblait ulcéré. Dès que j'eus appris tous les détails de sa maladie, je soupçonnai avec raison qu'il s'agissait d'une fièvre quarte *cachée sous la forme* d'une diarrhée, que l'emploi des pilules drastiques avait irritée et rendue colliquative.

N'ayant pu voir les urines du malade, et n'étant pas assez assuré de mon diagnostic, je différai l'emploi du quinquina; mais j'administrai, pour modérer des symptômes aussi violents, plusieurs remèdes émollients, délayants, huileux et calmants, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, jusqu'à ce que tous mes doutes fussent dissipés par l'accès suivant et par l'examen des urines. Tous les symptômes furent très modérés pendant les deux jours qui suivirent l'accès dont il s'agit. Le 24 novembre, nouvelle exacerbation très violente; l'urine déposa un sédiment briqueté. Comme les forces du malade étaient entièrement épuisées et insuffisantes pour qu'il supportât plus long-temps sa maladie; comme tout son corps était dans un état de marasme, et que la peau tenait à peine aux os, je lui prescrivis le quinquina dans un électuaire avec le sirop diacode; je lui prescrivis en même temps des remèdes émollients, adoucissants et fortifiants, dont il devait continuer l'usage pendant les deux jours intercalaires. Mais comme le malade ne voulut prendre du quinquina sous aucune forme, il survint un autre accès qui lui fit courir un très grand danger, malgré les soins palliatifs qu'on lui opposa. Dans la crainte de périr, le malade se décida dès lors à prendre six gros de quinquina; l'accès suivant fut beaucoup moins intense; il n'y

eut aucun vomissement, mais seulement des évacuations alvines; la chaleur, la soif, l'anxiété, la sueur, furent modérées. Par l'usage répété du quinquina, les évacuations alvines devinrent naturelles; il ne resta qu'un peu de fièvre, de toux, une grande faiblesse et une maigreur extrême. On cessa l'administration du quinquina; et à l'aide des remèdes délayants, huileux, adoucissants; par l'usage du lait, des aliments de facile digestion, etc., le malade fut rétabli complètement en quelques semaines. (Lautter, *Hist. med. bienn.*, casus 21.)

Choléra avec type octane. (Febris intermittens veluti cholera.)

N° 265. Durant le mois de juillet 1753 une femme, âgée de quarante-quatre ans, était attaquée régulièrement tous les huit jours d'un vomissement et de déjections alvines qui la tourmentaient beaucoup. Elle éprouvait en même temps une grande chaleur, une soif vive; sa langue était sèche, noirâtre; il y avait tintement d'oreille et de fréquentes syncopes. On s'aperçut que les urines étaient troubles et laissaient déposer un sédiment briqueté, et qu'il y avait des sueurs abondantes, dont l'odeur était analogue à celle des individus attaqués de fièvre intermittente. Enfin, selon le rapport de la malade, qui avait déjà eu la fièvre intermittente, elle se sentait dans le même état que lorsqu'elle avait cette fièvre. Pour toutes ces raisons, je lui administrai le quinquina qui arrêta et les vomissements et les évacuations alvines, et à l'aide duquel la malade ne tarda point à être entièrement rétablie. (Strach, *Observ. méd. de febr. intermitt*, obs. 48.)

L'auteur de cette observation parle encore d'une affection tout-à-fait semblable qui eut lieu chez une autre femme, et qui guérit de même par l'emploi du quinquina.

Gastro-entérite intermittente avec type quindécimane, duodécimane, décimane, octane, et enfin quintane qu'elle a conservé assez long-temps.

N° 266. F. Monneau, aubergiste et grand buveur, d'un tempérament sanguin, fort et robuste, avait eu, depuis deux ans, une fièvre dite *lente-nerveuse* qui s'était prolongée au delà du quarantième jour, et qui lui avait laissé, dans la région lombaire gauche, une douleur permanente qui le faisait beaucoup souffrir. Cette douleur fut si modérée dans le principe, que Monneau négligea toute espèce de remèdes; pendant deux ou trois mois, elle avait à peine augmenté d'intensité, mais elle se renouvelait plus souvent. Je fus consulté dans le mois de germinal an IX : je prescrivis des bains domestiques, quelques lavements, et je défendis expressément les boissons spiritueuses. Ces remèdes eurent tout le succès qu'on pouvait en attendre; mais, peu docile à mes conseils, le malade continua de s'adonner au vin, et, *malgré* la grande quantité de remèdes et les fréquents émétiques dont il fit usage d'après le conseil de plusieurs personnes, il n'éprouva point de soulagement. Vers l'automne et au commencement de l'hiver, les douleurs qu'il éprouvait dans l'abdomen commencèrent à devenir périodiques; elles furent d'abord régulièrement plus intenses tous les quinze jours, après tous les douze jours, ensuite tous les dix jours, puis tous les huit, et enfin tous les quatre jours. Les accès devinrent alors plus longs et plus violents; le malade commença à maigrir, et n'éprouva plus aucun soulagement des remèdes qu'on lui faisait prendre. L'accès s'annonçait ordinairement vers le soir par des bouffées de chaleur et des douleurs qui semblaient partir de la région des reins, et se répandaient ensuite dans toute la capacité abdominale. Le ventre était dur et tendu; il devenait peu à peu si douloureux, que le malade

ne pouvait plus supporter le moindre attouchement, pas même le contact des couvertures; les pieds, les mains, le nez, les oreilles, devenaient extrêmement froids; des angoisses inexprimables accompagnaient ces symptômes. Les urines étaient rares, et il y avait constipation; les nausées suivaient de près avec des rapports incommodes; le malade faisait des efforts considérables pour vomir; il vomissait enfin tantôt les aliments qu'il avait pris, tantôt ses boissons, tantôt des matières glaireuses. A ces symptômes succédait quelque rémission, puis une chaleur générale. Le ventre perdait insensiblement sa dureté; les douleurs diminuaient peu à peu pour disparaître entièrement, excepté la douleur lombaire, qui persistait pendant l'intervalle des accès; la durée de ceux-ci ne se prolongeait jamais au-delà de vingt-quatre heures. Chaque fonction reprenait alors son activité naturelle. Pendant les mois de brumaire, frimaire, nivose et pluviose, les accès continuèrent à se répéter régulièrement tous les quatre jours, quelquefois tous les cinq jours, avec tous les symptômes indiqués. L'intensité de ces symptômes allait toujours en augmentant. Durant les intervalles lucides, la digestion et les autres fonctions naturelles se faisaient assez bien; mais le malade ne pouvait plus vaquer à ses affaires. Le visage, et surtout la conjonctive, étaient jaunes, comme dans l'ictère; toute l'habitude du corps dépérissait à vue d'œil. Monneau n'attendait plus que la mort pour terminer ses douleurs.

Pour opérer la diversion de ces douleurs, je fis appliquer au gras des jambes, au moment même de l'accès, deux larges vésicatoires; toutes les quatre heures un lavement émollient avec addition de trente gouttes de laudanum fut administré. Je prescrivis trois bols faits avec six grains d'assa-fœtida, deux grains de camphre, et un grain de nitrate de potasse. Le malade buvait alternativement de l'eau de veau et une décoction de valériane, où l'on faisait infuser des fleurs de tilleul: des fomentations tièdes sur le ventre, toutes les deux heures, complétaient le traitement. A l'aide de ces divers moyens, l'accès du premier jour ne dura pas plus de trois ou quatre heures. Il se renouvela le second jour contre son usage, mais avec moins d'intensité. Le troisième jour, la colique fut à peine sensible; et le quatrième jour, l'accès ne parut point. On continua les mêmes remèdes, et le malade s'est parfaitement rétabli. Il ne lui resta qu'une légère douleur dans la région lombaire gauche. (Rouzel, *Journal général de médecine*, tom. XVI.)

Dans les exemples de gastrites, gastro-entérites, et gastro-hépatites rémittentes et intermittentes, quotidienne, tierce, double tierce, quarte et octane, observés par Morton, Torti, Lautter, Strack et Stoll, plusieurs renferment des détails suffisants pour les caractériser. Ces praticiens en ont fait des fièvres intermittentes *larvées* ou *pernicieuses cardiaque*, *cholérique*, *hépatique*, *cardialgique*, parce qu'au milieu des symptômes inflammatoires de l'estomac, du foie et de tout le canal digestif, qu'ils ont reconnus et décrits, ils s'en sont laissé imposer par les retours ou les exacerbations périodiques de ces symptômes; cette périodicité, jointe à la fièvre de même type, leur guérison par le quinquina, tout leur a fait penser qu'il s'agissait d'une véritable fièvre intermittente, qu'ils ont appelée *larvée* ou *dégui-*

sée, parce qu'ils ont cru que cette fièvre se cachait sous l'apparence d'une phlegmasie que tous ont reconnue, comme on peut en juger par le titre même de leurs observations : *febris tertiana colicam ventriculi simulans; febris remittens sub larvâ lienteriæ, colicæ et vomitioni delitescens; quotidiana diarrhœam torminosam, aut choleram-morbum simulans; febris intermittens spasmos lumborum et abdominis, et dolores partûs simulans*, etc.

Les exemples de fièvres intermittentes cholériques rapportés par Morton, Lautter et Strack, sous les nos 227, 240 et 265, ne nous indiquent-ils pas de véritables choléras périodiques, puisque, durant chaque accès, la violence des douleurs et l'abondance des évacuations par le haut et par le bas étaient telles, dit Morton, que la vie du malade lui paraissait en grand danger; ces évacuations, dit Lautter, étaient accompagnées de douleurs cruelles ressenties dans l'estomac et les intestins. Ces praticiens s'empressèrent de modérer la violence des accès par des boissons adoucissantes, par des fomentations et des cataplasmes émollients sur le ventre ; l'accès passé et le calme étant revenu, ils administrèrent promptement le quinquina pour en prévenir de nouveaux. Etmuller a également observé de véritables choléras-morbus intermittents. Il a dit positivement que le choléra présentait quelquefois le type tierce, *periodum observat tertianarium*. Aussi lui a-t-on reproché (1) d'avoir confondu le choléra-morbus avec la fièvre tierce cholérique ! Ce reproche fait honneur à Etmuller, et nous apprend que tous les médecins anciens ne s'en sont pas laissé imposer au même point par l'intermittence ou la périodicité.

L'observation de Torti, sous le n° 241, nous présente une fièvre dont les accès sont caractérisés par des douleurs si violentes dans la région épigastrique qu'il semble à la malade que son estomac *est rongé par des chiens*, puis par des vomissements considérables, par la fréquence et la petitesse du pouls, quelquefois par la mutité, la défaillance, etc. Quelle fièvre essentielle peut être assez *pernicieuse* pour développer de tels symptômes, pour ronger l'estomac, sans avoir son siége dans l'estomac? Comment cette prétendue fièvre essentielle, d'abord chassée par le quinquina, est-elle si facilement rappelée par l'intempérance ou par un remède irritant quelconque?

(1) Alibert, *Traité des Fièvres intermittentes pernicieuses.*

Les accès de la fièvre, sous le n° 229, sont remarquables par la petitesse du pouls, les sueurs froides, les hoquets, la cardialgie, des douleurs de ventre cruelles, des déjections noires et mêlées de sang, une langue sèche, une soif inextinguible et une grande agitation. Ces symptômes, d'abord affaiblis par l'usage du quinquina, à cause de leur périodicité, se terminent ensuite par une inflammation développée à la marge de l'anus. Cette inflammation, en remplaçant par une espèce de mouvement critique la fièvre pernicieuse intermittente, ne semble-t-elle pas indiquer la nature de cette fièvre ou de l'affection fébrile et périodique des organes digestifs?

Les symptômes décrits par Lautter sous le n° 228, surtout la douleur dans la région épigastrique, et parfois une sensibilité telle sur tout l'abdomen que le malade ne peut supporter la plus légère pression, et qu'il lui semblait que *les intestins étaient ulcérés ;* l'anxiété, la soif, la diarrhée, etc.; l'augmentation considérable de tous ces symptômes par l'emploi des évacuants et même par l'usage du quinquina, attendu qu'il n'y avait pas d'intermission sensible, mais seulement une légère rémission entre les accès; le retour et l'augmentation de ces mêmes symptômes par une erreur dans le régime; tout n'indique-t-il pas une irritation inflammatoire très vive du canal digestif?

Dans les faits rapportés par Stoll et Johnson, sous les n°s 230, 231, les symptômes observés pendant la vie des malades, les lésions organiques trouvées après leur mort, ne laissent aucun doute sur la nature inflammatoire et le siége dans les organes digestifs des affections rémittentes fébriles tierce et quotidienne dont il s'agit. Ce qu'il y a de plus frappant et de plus instructif dans ces faits, c'est, chez la petite fille, le peu d'intensité et l'apparence bénigne de la fièvre intermittente pendant plusieurs semaines; c'est surtout le mauvais choix des premiers remèdes employés, et l'inconcevable sécurité ou insouciance qui a laissé augmenter le mal sans lui opposer aucun moyen convenable. Comment Stoll lui-même, lorsqu'il fut appelé en consultation pour traiter cette enfant, est-il resté dans l'expectative devant une affection si grave et si aiguë? Au moment où ce praticien la vit pour la première fois, elle poussait des cris continuels par suite de douleurs abdominales; elle était dans une agitation extrême, le pouls d'une vitesse étonnante, la peau d'une chaleur âcre et mordicante, etc. Nul doute que ce ne soit le type inter-

mittent que présenta d'abord cette maladie, puis ces malheureuses pétéchies (symptôme de putridité) observées à la surface des membres inférieurs, qui en ont imposé au célèbre praticien de Vienne, et l'ont empêché d'avoir recours aux moyens antiphlogistiques très énergiques qui auraient pu seuls modérer ou arrêter des symptômes inflammatoires si violents. Ces moyens étaient d'autant mieux indiqués que cette enfant avait eu des selles sanguinolentes avant d'être en proie à ces douleurs si cruelles dans tout le canal digestif et qui se prolongèrent jusqu'à sa mort. Ce que l'autopsie offre de plus remarquable, c'est cette similitude des lésions organiques observées à l'extérieur et à l'intérieur par suite de l'extension à la surface cutanée des pétéchies qui avaient envahi toute la muqueuse gastro-intestinale, puis cette propagation de la phlegmasie intestinale aux glandes du mésentère qu'on trouva très volumineuses et d'un rouge noirâtre ; ce sont là deux faits bien dignes d'attention et qui confirment deux vérités physiologico-pathologiques très importantes, savoir : 1° la grande irritabilité du système lymphatico-ganglionnaire chez les enfants en général, et qui est cause que, chez eux, une inflammation ne se prolonge jamais longtemps sur la muqueuse intestinale sans qu'il ne survienne un engorgement subinflammatoire plus ou moins considérable dans les glandes correspondantes du mésentère ; 2° combien est préjudiciable aux malades l'erreur encore trop répandue qui porte à considérer comme un signe de faiblesse et de putridité, diverses pétéchies, éruptions ou inflammations cutanées, qui ne sont le plus souvent qu'une répétition à l'extérieur du corps de ce qui se passe dans les viscères digestifs, et un indice certain de gastro-entérite plus ou moins avancée dans sa marche, et qu'il est urgent d'attaquer par les moyens antiphlogistiques locaux et généraux, mais surtout locaux, par les applications réitérées de sangsues, et par tous les révulsifs les plus énergiques.

L'observation de Johnson est également remarquable, non pas seulement par la nullité du traitement comme la précédente, mais par la trop funeste réalité des moyens intempestifs et nuisibles qui ont été employés : car peut-on douter que la propagation rapide au foie de l'inflammation de la muqueuse digestive n'ait été occasionnée par l'émétique si imprudemment administré dans cette circonstance? Peut-on douter encore que l'ingestion contre-indiquée du quinquina n'ait provoqué ou exaspéré ces

vomissements fréquemment répétés et si opiniâtres, qu'ils ont duré pour ainsi dire jusqu'au dernier soupir du malade?

L'affection décrite sous le nº 236, ne laisse aucun doute sur son siége et sa nature, puisqu'il s'agit d'un homme de vingt-cinq ans dont les redoublements fébriles sont caractérisés par les symptômes suivants : céphalalgie sus-orbitaire, langue rouge et sèche, épigastre douloureux, urines et déjections alvines rares et brûlantes, nausées, efforts de vomissement, crachats bilieux, fièvre violente avec exacerbation quotidienne. Deux saignées et une application de sangsues à l'épigastre, la diète, les boissons délayantes, etc., dissipent en grande partie les symptômes inflammatoires. La fièvre gastro-entérique, de continue et remittente qu'elle fut d'abord, monte au type intermittent. Quatre accès quotidiens s'établissent successivement; comme la muqueuse digestive paraît encore très irritable, même pendant l'intermission, on administre le quinquina en lavement; son efficacité n'en fut pas moins complète, et la guérison rapide. Dans cette observation, tous les préceptes de la doctrine physiologique n'ont-ils pas été suivis avec le plus grand succès?

Il en est de même de l'observation sous le nº 234, dans laquelle M. Dufau ne s'en laissa point imposer par les symptômes et les accès quotidiens de la fièvre gastrique; il sut reconnaître dans la rougeur de la langue, la céphalalgie, la soif vive, la chaleur et la sécheresse de la peau, dans la dureté du pouls et la sensibilité de la région épigastrique, une inflammation de l'estomac sujette à des exacerbations périodiques et fébriles, qu'il voulut combattre par un traitement antiphlogistique assez actif; mais le malade n'ayant point jugé à propos de suivre l'ordonnance, et de se faire appliquer vingt sangsues prescrites sur la région épigastrique, ayant au contraire profité de l'appétit amené par une intermission assez complète, et s'étant administré une soupe aux haricots et au lard, l'accès suivant fut pernicieux, c'est-à-dire que l'influence sympathique de l'estomac irrité sur le cerveau, qui s'était jusqu'alors bornée à produire la céphalalgie, cette fois devint si intense qu'il en résulta un état comateux, avec pâleur et altération de la figure, roideur et état glacial des membres, etc.; la langue était devenue si rouge qu'elle en était saignante, l'épigastre chaud et tendu, le pouls insensible. Malgré des symptômes si pernicieux, on se hâta, non d'administrer le quinquina, mais d'appliquer trente sangsues sur l'estomac, en

même temps qu'on eut recours aux révulsifs les plus prompts et les plus énergiques sur les pieds et les membres glacés pour y rappeler le sang, et enrayer le mouvement fluxionnaire qui l'entraînait violemment sur l'estomac, et sympathiquement du côté du cerveau. L'accès fut long et dangereux pour la vie du malade; cependant le sang ayant coulé avec abondance par la piqûre des sangsues, et les symptômes inflammatoires ayant été convenablement amendés, on profita de la première intermittence pour administrer dix-huit grains de sulfate de quinine. L'accès suivant fut réduit à des symptômes fébriles et gastriques assez légers, ou, comme diraient quelques médecins, à un accès de fièvre intermittente simple, et ce fut le dernier.

La cause, les symptômes décrits sous le n° 246, la marche de la maladie, etc., indiquent évidemment une gastrite intermittente : il s'agit d'une femme qui, après l'ingestion d'aliments de mauvaise qualité, éprouve des frissons, le refroidissement des extrémités, des picotements dans les membres, de la chaleur dans la region épigastrique, des envies de vomir, de fortes douleurs d'estomac, etc. Ces symptômes se répètent de deux jours l'un, avec plus ou moins d'intensité; on modère les accès de la maladie par le traitement antiphlogistique, et le quinquina en prévient le retour. Peut-on, à cause du retour par accès de cette phlegmasie ou des exacerbations périodiques de la fièvre qui l'accompagne, et de la guérison achevée par le quinquina, peut-on raisonnablement en faire une fièvre *larvée* ou une *fièvre pernicieuse gastralgique essentielle*?

On voit dans l'observation sous le n° 254, que M. de Kergaradec reconnut d'abord une inflammation de l'estomac qu'il traita par les sangsues et les autres moyens antiphlogistiques. Le retour des phénomèmes morbides à des jours et à des heures fixes, le peu de succès des antiphlogistiques seuls, pour en prévenir le retour, ont porté ce praticien à changer de diagnostic et à soupçonner l'existence d'une *fièvre intermittente essentielle, larvée* ou *déguisée sous la forme d'une autre maladie*, c'est-à-dire d'une gastrite. Pour tout médecin physiologiste qui ne peut croire à un pareil déguisement, la maladie apparente sera prise pour la maladie réelle, quelle que soit d'ailleurs sa marche continue ou intermittente, qu'elle soit fébrile ou non fébrile. Ainsi donc les motifs qui ont porté M. de Kergaradec à changer de diagnostic, c'est-à-dire la périodicité de la gastrite et l'efficacité du quin-

quina pour sa guérison, n'ont pas d'autre fondement, selon nous, que la croyance et le préjugé qui portaient les anciens médecins à regarder toute maladie intermittente comme une fièvre d'accès déguisée.

Cette croyance et ce préjugé n'ont point été partagés par M. Bonnet, et l'on voit sous le n° 244 avec quel bonheur ce praticien, en suivant les principes de la doctrine physiologique, se tira d'un cas très difficile, et qui, en d'autres mains, fût peut-être devenu promptement mortel; il s'agit d'un jeune homme, sanguin et nerveux, dont les accès de fièvre reviennent de deux jours l'un, sans présenter d'abord rien de grave. Les phénomènes nerveux et inflammatoires vont en augmentant par l'exagération des symptômes de la fièvre intermittente la plus simple, comme dit M. Maillot, et bientôt l'accès fébrile est accompagné d'évacuations fatigantes par le haut et par le bas, d'une céphalalgie affreuse, d'une douleur déchirante au creux de l'estomac, etc.; on aurait pu caractériser cet accès de pernicieux céphalalgique ou cardialgique ; cependant M. Bonnet l'attaqua par une application de vingt sangsues à l'épigastre et dix aux apophyses mastoïdes. Diète et limonade. Le lendemain la fièvre passe de la rémittence à une intermittence complète ; il n'y a plus ni fièvre, ni céphalalgie, ni cardialgie. On s'empresse d'administrer dix grains de sulfate de quinine dans une potion gommeuse, et l'accès, qui ne devait venir que le lendemain, arrive dans la journée même ; nouvelle application de sangsues derrière les oreilles et sur l'épigastre, ce qui n'empêche pas l'accès d'être assez long et de présenter tous les symptômes indiqués ; de légers maux d'estomac persistent même après la fin de l'accès, qui revient encore aux mêmes heures le jour suivant. Cette fois, plus d'évacuations sanguines, mais on eut garde d'administrer le sulfate de quinine par la voie de l'estomac, on le donna en lavements, et le malade fut guéri sans retour d'une irritation inflammatoire périodique et fébrile de la muqueuse digestive qu'on eût pu caractériser d'abord de fièvre intermittente *simple*, puis de fièvre pernicieuse, *céphalalgique*, *gastro-entérique*, *cholérique* ou *cardialgique*. M. Bonnet triompha de cet état pernicieux par les applications réitérées de sangsues et l'emploi méthodique du sulfate de quinine. Peut-être eût-il réussi de la même manière dans le fait suivant s'il eût employé les mêmes moyens, puisqu'il s'agit également d'un jeune homme de vingt ans, qui avait eu cinq accès d'une fièvre tierce *bénigne*,

lorsqu'il en éprouva un extrêmement violent, et qui présenta du côté de la tête et de l'estomac les mêmes phénomènes d'exagération ou d'inflammation que le cas précédent. Mais, je ne sais par quelle fatalité, M. Bonnet, qui manie ordinairement si bien les moyens antiphlogistiques, ici n'eut recours à aucune évacuation sanguine, ni locale, ni générale; l'apyrexie ne devint pas complète, la région épigastrique, comme dans le cas précédent, *resta douloureuse*, et cependant on envoya dans l'estomac douze grains de sulfate de quinine. Qu'arriva-t-il dans cet organe, dont l'irritation n'avait point été calmée et amendée par des applications de sangsues? L'autopsie nous l'apprendra, à la fin du second accès qui suivit l'ingestion du sulfate de quinine; accès que ne pourra prévenir le même médicament administré plus tard en lavement. On trouva dans l'estomac deux larges plaques rouges, et sur les intestins plusieurs points remarquables par des taches semblables, et enfin quelques ulcérations près de la valvule iléo-cœcale. Quelle éloquente leçon clinique que celle qui nous est fournie par ces deux faits! comme ils prouvent bien toute la difficulté de l'art médical, et combien il est parfois difficile d'établir tout de suite un bon diagnostic, d'agir en conséquence avec autant de promptitude que de vigueur, surtout dans les cas de congestions viscérales périodiques où la violence et l'acuité des désordres fonctionnels sont souvent portées au point que les ressorts de la vie en sont comme brisés en quelques instants! Et par qui nous est-elle donnée, cette éloquente leçon? par un praticien exercé, par un auteur qui avait si bien reconnu la nature et le siége de cette maladie, qu'il nous dit, à propos de ce fait et de beaucoup d'autres analogues consignés dans son ouvrage, que ce sont là incontestablement des exemples d'inflammations viscérales périodiques; et fussent-ils les seuls qu'on eût eu occasion de recueillir jusqu'ici, qu'on serait en droit d'en déduire *à priori* la possibilité de l'intermittence pour les phlegmasies internes. Vainement prétendrait-on, ajoute-t-il, que, dans les cas de ce genre, il y a seulement simulacre d'inflammation et non inflammation réelle : là où j'aperçois les signes d'une pleurésie, d'une fluxion de poitrine, d'une gastrite, etc., je dois nécessairement penser que ces états morbides existent. Les médecins qui prétendent que la phlegmasie n'est jamais intermittente, arguent de l'efficacité du quinquina dans les fièvres d'accès pour contester leur nature sthé-

nique. Mais, outre que la fièvre intermittente peut avoir son siége ailleurs que dans les voies digestives, quand cette fièvre dépend d'une gastro-entérite et qu'elle est réellement intermittente, tout rentre dans l'état normal immédiatement après la terminaison de l'accès, et si l'écorce du Pérou, administrée pendant l'apyrexie, réussit, c'est qu'on la dépose sur une surface exempte d'irritation. »

L'examen des causes et des symptômes n'indique-t-il pas sous le nº 266 une inflammation chronique de la muqueuse digestive dont les exacerbations ont été prises, à cause de leur périodicité, pour une affection nerveuse? Il s'agit d'un aubergiste robuste, sanguin, grand buveur, qui, à la suite d'une autre fièvre (qualifiée aussi de l'épithète *nerveuse*), avait conservé une douleur qui se faisait sentir de temps à autre dans la région lombaire gauche. Cet homme, continuant de se livrer à des excès de vin, fut traité par force émétique; les douleurs qu'il éprouvait dans l'abdomen devinrent plus intenses, prirent un caractère périodique avec un type long-temps variable, et finirent par revenir régulièrement tous les quatre jours. Durant l'accès, des bouffées de chaleur et des douleurs se répandaient dans tout l'abdomen, qui devenait dur, tendu, et bientôt si douloureux que le malade pouvait à peine supporter ses couvertures; les extrémités devenaient froides; il y avait des nausées, des renvois incommodes, des vomissements, etc. Les moyens adoucissants, antispasmodiques, les boissons délayantes, etc., amenèrent la guérison du malade, à qui il resta cependant une douleur dans les lombes. Peut-on voir dans cette observation une colique purement nerveuse? N'est-il pas reconnu aujourd'hui que le nombre de ces prétendues coliques nerveuses (1) est beaucoup plus rare qu'on ne le croyait autrefois? Il était peu surprenant que toutes les coliques fussent réputées nerveuses dans un temps où l'on plaçait aussi au rang des affections nerveuses, la diarrhée, la dysenterie, le choléra-morbus, etc.

(1) Si c'était ici le lieu, nous pourrions faire voir combien les résultats de l'autopsie sont en opposition avec la théorie admise de ces prétendues coliques nerveuses : on trouve dans Bonet, dans les Actes des curieux de la nature, dans Morgagni, dans Lieutaud, etc., des exemples nombreux d'autopsie à la suite de semblables coliques dites nerveuses, et qui, presque toutes, démontrent des altérations bien marquées de la muqueuse des gros intestins, ou la présence d'un grand nombre de vers dans ces organes qui se trouvaient irrités, ulcérés, quelquefois perforés de part en part.

Dans l'observation sous le n° 255, la phlegmasie intermittente quarte de l'estomac a été très bien reconnue par le médecin qui nous en a transmis l'histoire, quoiqu'il l'ait traitée et guérie par des stimulants d'un ordre particulier, et qu'il n'ait point employé le quinquina. « Cette observation démontre, dit M. Deleau, que tous les excitants et toniques, sagement administrés et secondés par le régime, peuvent guérir comme le quinquina les inflammations gastriques, périodiques; elle fait voir aussi que je me suis très bien passé de vomitifs. Au surplus, à quelle époque les aurais-je employés? est-ce pendant l'accès? mais je voyais tous les signes d'une inflammation; est-ce pendant l'apyrexie? mais la langue était nettoyée, et il n'y avait plus de signes de ces saburres supposées. »

Le diagnostic porté par les docteurs Burnier-Fontanel, Lesaive et Reis, dans les faits qu'ils ont observés sous les n°s 247, 248 et 251, prouve que ces médecins reconnurent très bien des gastro-entérites périodiques sous type tierce. En effet, dans le premier, la cause et les symptômes indiquent manifestement l'existence d'une gastrite intermittente qui passe au type continu en se communiquant au foie; dans le second fait, on voit les accès caractérisés par un pouls dur, serré, fréquent, une peau sèche et brûlante, une langue très rouge et comme boutonnée à son pourtour, un épigastre très douloureux à la moindre pression; anorexie, nausées, vomissements; que faut-il de plus pour indiquer une gastrite qui d'ailleurs cède uniquement aux antiphlogistiques et aux applications de sangsues? Dans le dernier fait, mêmes symptômes inflammatoires périodiques, réglés en tierce, puisqu'il y a des intermissions complètes; même succès par les saignées générales et surtout locales, par les applications de sangsues sur la région épigastrique durant les accès ou les exacerbations inflammatoires et fébriles des muqueuses gastrique et pulmonaire.

L'observation de M. Jolly, sous le n° 256, est aussi remarquable par l'intensité, la violence des symptômes inflammatoires et pernicieux, que par la régularité de leur retour sous le type quarte et leur complète disparition dans l'intervalle des accès. Le premier jour d'intermittence le malade n'éprouve plus qu'un sentiment de fatigue, de lassitude, et un peu de sensibilité à l'épigastre; le second jour, il est si bien qu'il se lève, prend un potage, et se dispose à sortir. Cependant la cause et les symptômes de cette affection périodique ne semblent pas laisser de doute sur son

siége et sa nature. En effet, il s'agit d'un homme qui, par suite d'un dîner plus copieux qu'à l'ordinaire, est pris de malaise, de frisson, de céphalalgie, de vomissements de matières alimentaires et bilieuses, suivis d'évacuations alvines fréquentes et douloureuses, puis de chaleur, de sueurs, etc. Après deux jours d'intermittence, un second accès est annoncé par le frisson, et caractérisé par des vomissements et des évacuations alvines qui se succèdent avec une force et une fréquence extraordinaires; les selles deviennent bientôt sanguinolentes, et s'accompagnent de douleurs déchirantes à l'estomac et dans tout le trajet du canal intestinal; le malade éprouve des lipothymies fréquentes, et ne peut supporter la moindre pression à l'épigastre. Quel est le médecin non prévenu qui pourrait ici méconnaître une gastro-entérite périodique? M. Jolly ne paraît pas en douter, puisqu'il fait appliquer des fomentations émollientes sur l'abdomen et des cataplasmes révulsifs aux extrémités inférieures; mais, prévenu par l'idée d'une *fièvre pernicieuse cholérique*, à cause de la périodicité des symptômes locaux et généraux de cette affection, ce praticien n'eut point recours à un traitement antiphlogistique énergique, surtout aux émissions sanguines locales, qui sans doute auraient rendu l'administration du sulfate de quinine moins dangereuse, plus promptement efficace; et peut-être le malade n'aurait-il pas été exposé au retour plus rapproché d'un troisième accès, dont la longue durée et la violence inouïe menacèrent ses jours.

Mêmes réflexions à l'égard des observations de choléra intermittent, sous les nos 252 et 253. La nature de la maladie ne fut pas méconnue par les médecins qui ont recueilli ces faits et qui ont reconnu en eux de vrais choléras; mais l'intermittence des phénomènes morbides fut si tranchée et si complète qu'ils n'eurent recours qu'au sulfate de quinine pour en prévenir le retour et obtenir la guérison de leurs malades. Nous avons déjà vu précédemment des exemples de choléras périodiques ou de fièvres intermittentes cholériques, observées par Morton, Lautter et Strack, qui, après avoir modéré la violence des douleurs gastro-intestinales par des boissons adoucissantes, par des fomentations et des cataplasmes émollients, s'empressèrent aussi de les combattre ou d'en prévenir le retour par l'administration du quinquina durant l'intermittence.

Le succès du quinquina, dans les cas dont on vient de parler, et la ressemblance ou l'identité que présentent entre eux

le choléra-morbus ordinaire ou continu, et le choléra intermittent ou la fièvre pernicieuse cholérique, ont suggéré l'idée de combattre celui-là de la même manière que celui-ci, c'est-à dire par l'administration du quinquina. M. Coster, dans un mémoire publié en 1831 dans la *Revue britannique*, dit : « Le choléra-morbus doit être attaqué comme un accès de fièvre pernicieuse ; mais, comme la violence de cette maladie ne permet pas d'intermittence, on ne peut attendre cette circonstance pour donner le quinquina ; il faut donc en faire usage avant l'attaque, et dès qu'il y a lieu de soupçonner que les causes qui produisent le choléra commencent à exercer leur influence, pour détruire la prédisposition organique à le contracter. »

Quand on se rappelle le nombre des personnes qui ont été victimes des fièvres intermittentes pernicieuses, soporeuse, convulsive, comateuse, etc., dont nous avons parlé précédemment, on ne doute pas que l'enfant à grosse tête, au teint fleuri, dont il est question sous le n° 249, n'eût succombé à la congestion inflammatoire périodique du canal digestif et du cerveau, si l'on ne se fût empressé de lui opposer un traitement antiphlogistique très actif. Durant le premier accès, les symptômes inflammatoires furent prédominants sur la muqueuse digestive ; au second accès, la congestion sanguine fut au contraire plus violente et plus prononcée du côté du cerveau, ou du moins les symptômes cérébraux ne laissèrent plus apercevoir les symptômes de la gastro-entérite, comme cela arrive toujours quand une violente irritation idiopathique ou sympathique vient troubler ou suspendre les fonctions du cerveau ; aussi le praticien qui avait observé avec attention le petit malade, n'hésita-t-il point, malgré ce changement, à faire appliquer des sangsues sur la région épigastrique d'où était partie cette violente irradiation du côté de la tête ; un demi-bain d'eau tiède favorisa l'écoulement du sang et ne contribua pas peu à rappeler le calme, les sueurs et le sommeil. Le lendemain, la journée fut excellente, l'apyrexie parfaite. Le surlendemain, nouvel accès auquel on oppose encore quelques moyens antiphlogistiques, et qu'on fait suivre immédiatement de l'administration du sulfate de quinine; une petite dose de ce médicament suffit alors pour prévenir de nouveaux accès.

On peut faire ici une remarque d'autant plus importante, que l'expérience en a plusieurs fois confirmé la vérité; c'est l'efficacité beaucoup plus grande, même à petites doses, du quin-

quina ou du sulfate de quinine, quand on a affaibli convenablement les malades, et dissipé par des émissions sanguines locales l'irritabilité des organes digestifs, toujours très grande dans les circonstances dont il s'agit, même pendant l'intermittence ou l'apyrexie. Les anciens avaient remarqué que l'usage de certains purgatifs, lorsqu'ils provoquaient d'abondantes évacuations alvines sans trop fatiguer l'estomac, était favorable à l'efficacité du quinquina. Était-ce en obtenant le même résultat que par les émissions sanguines, et en affaiblissant les malades, que les purgatifs étaient utiles dans les circonstances dont il s'agit? Était-ce en produisant sur les gros intestins une dérivation de l'irritation gastrique, ou bien en agissant comme de véritables contre-stimulants, que les remèdes dont il s'agit rendaient l'ingestion du quinquina moins dangereuse et son efficacité plus certaine? Quoi qu'il en soit, il sera toujours plus prudent de donner la préférence aux moyens antiphlogistiques, parce qu'ils sont en général des contre-stimulants beaucoup plus sûrs, et parce qu'employés avec modération ils ont sur les purgatifs, ceux mêmes qu'on regarde comme les moins irritants, un incontestable avantage, celui de ne jamais nuire.

Alors même qu'on n'aurait point l'autopsie pour se convaincre de cette vérité, il serait impossible de ne pas reconnaître, dans l'observation sous le nº 235, une gastro-entérite avec des exacerbations périodiques et fébriles sous type quotidien. Il semble que dans cette circonstance M. Nepple se soit oublié, ou n'ait point fait usage de cette sagacité qu'on lui reconnaît habituellement; aussi n'a-t-il point été aussi heureux que quand il suit franchement les principes de la doctrine physiologique. Ne pense-t-il pas aujourd'hui que l'évacuation de ce ver lombric et de cette bile a été payée trop cher par le surcroît d'irritation qui a dû résulter de l'administration de l'émétique chez un homme qui avait une diarrhée sanguinolente avec coliques, mal de tête et un léger mouvement fébrile? Aussi, deux jours après, le malade présentait-il de la *soif*, une *langue sèche*, les *yeux fixes*, le *ventre douloureux*, etc. L'inflammation de la muqueuse digestive étant reconnue, on se contenta de lui opposer *quinze* sangsues chez un homme dans la force de l'âge, d'une bonne constitution, et dont le pouls était tantôt *concentré*, tantôt *assez plein!* Ces quinze sangsues donnent peu de sang, et l'on en reste là pour les émissions sanguines, malgré la persistance et même l'intensité

plus grande des symptômes gastro-entériques! Bien loin d'insister sur un traitement antiphlogistique très actif, on administre encore le sulfate de quinine par la voie de l'estomac, bien que la langue soit *sèche* et *brune*, qu'il y ait *soif* et *douleurs du ventre* à la moindre pression. Qu'en résulte-t-il? un nouveau surcroît dans la violence et l'intensité des symptômes inflammatoires qui caractérisent le paroxysme suivant. On revient, mais trop tard, à l'application d'un nombre plus convenable de sangsues; cette dernière application ne fait peut-être que hâter la mort du malade, parce qu'il ne peut plus y avoir de réaction avantageuse, les ressources de l'économie ayant été épuisées par la persistance d'une phlegmasie étendue sur toute la longueur du canal digestif?

Dans les trois faits de gastro-céphalites à exacerbations périodiques sous types quotidien et tierce, que nous rapportons sous les nos 237, 238 et 250, l'autopsie ne laisse point de doute sur le siége et la nature des affections organiques qui ont fait périr les malades. Dans ces trois cas l'on voit une inflammation chronique et latente de la muqueuse digestive qui, prédisposant les malades à subir la modification de l'épidémie régnante, devient le point fixe ou le point de départ des exacerbations aiguës et périodiques sous formes d'accès fébriles plus ou moins simples, c'est-à-dire pendant lesquels les influences sympathiques de la gastro-entérite du côté du cœur, du cerveau, de la moelle épinière, etc., ne se manifestent d'abord que par le désordre du pouls, la céphalalgie, les frissons, la courbature, etc. Puis alimentée par la répétition seulement des exacerbations périodiques, ou par toute autre cause, comme le défaut de régime, ou l'ingestion intempestive du sulfate de quinine, la gastro entérite monte tout-à-coup ou arrive graduellement à un degré d'intensité et d'acuité tel, qu'elle exerce sur les principaux viscères, et particulièrement sur les organes encéphaliques, les influences les plus funestes et les plus promptement mortelles, à cause de la texture délicate et de l'importance fonctionnelle de ces derniers organes. Voilà, en peu de mots, comment nous concevons l'enchaînement des lésions organiques et des désordres fonctionnels qui tuent les malades dans les cas dont il s'agit. M. Maillot n'est pas éloigné de concevoir les choses de la même manière, puisqu'il nous dit à l'occasion du no 238 : « Il n'y a rien d'extraordinaire dans cette marche; il est tout simple qu'en se succédant, les accès deviennent de plus en plus graves... Ce

sont des faits de cette nature qui doivent engager à considérer les fièvres intermittentes les plus bénignes, dans les épidémies, comme pouvant, en quelques instants, devenir pernicieuses, et se terminer par la mort. Cet accident est suffisamment expliqué ici par les altérations trouvées dans le cerveau et la moelle épinière. Comment, en effet, résister à ce raptus subit qui injecte si violemment l'axe cérébro-spinal? Comment réagir surtout avec ce ramollissement chronique de la membrane muqueuse de l'estomac? D'un autre côté, cette autopsie me paraît jeter un grand jour sur la manière dont se développent les gastro-entérites dans les fièvres intermittentes. Dans le début, l'affection du tube digestif est légère; c'est une irritation d'une nuance faible; le sang est contenu encore dans les dernières ramifications des vaisseaux; à peine existe-t-il, comme dans ce cas, un peu de rougeur pointillée; mais il n'y a pas encore altération de tissu. Que de nouveaux accès se reproduisent alors, et bientôt chacun d'eux laissant de nouvelles traces, vous aurez l'altération anatomique de l'inflammation, combinaison du sang avec la trame de la membrane muqueuse, épaississement et ramollissement du tissu phlogosé. Dans les commencements d'une fièvre d'accès, le sulfate de quinine est déposé sur une membrane simplement congestionnée et non enflammée; dès lors son action antipériodique peut largement se développer. Par le seul fait de la suppression des accès, le sang abandonne les petits vaisseaux où il avait été appelé par une irritation légère et momentanée, et bientôt tout rentre dans l'ordre. Comme il n'y a pas eu altération de structure, le retour de la membrane digestive à son état normal, et comme tissu et comme agent des fonctions, doit être très prompt; de là aussi la rapidité des convalescences, qu'il serait impossible de concevoir et d'expliquer si l'on rejetait cette manière de voir. » Certes M. Broussais lui-même n'analyserait pas d'une manière plus physiologique et plus rationnelle ce qui se passe dans le tube digestif par suite de la répétition des congestions ou des irritations inflammatoires périodiques qui constituent la plupart des accès de la fièvre intermittente ordinaire! Nous demanderons seulement pourquoi M. Maillot, après avoir réuni un grand nombre de pareils faits et s'en être rendu compte de cette manière, intitule son livre: *Traité des fièvres ou des irritations intermittentes cérébro-spinales*? N'aurait-il pas pu, avec beaucoup plus de raison, remplacer cette dernière ex-

pression par celle de *gastro-intestinales*, puisqu'il nous fait voir dans presque toutes ses autopsies, des gastro-entérites plus anciennes, plus étendues, plus profondes, et qui ont manifestement devancé par leur existence les irritations cérébro-spinales? Celles-ci cependant, comme le remarque très bien M. Maillot, sont beaucoup plus faciles à se former; elles peuvent s'établir d'un instant à l'autre et transformer un accès de fièvre bénigne en un accès de fièvre pernicieuse, comateuse, délirante, etc., lequel peut à son tour occasionner promptement la mort des malades.

La théorie des fièvres intermittentes simples et pernicieuses, ainsi établie et convenue, nous demanderons à M. Maillot comment il a pu, dans l'observation sous le nº 238, et chez un malade faisant abus de liqueurs alcooliques, chez qui la fièvre était devenue pernicieuse et dont la langue était *gastritée*, c'est-à-dire effilée et rouge, avec une soif vive, etc.; comment, disons-nous, on put prescrire en même temps quarante sangsues à l'épigastre et vingt-quatre grains de sulfate de quinine par la voie de l'estomac! Le bon effet des sangsues ne fut-il pas immédiatement détruit par l'ingestion du médicament? et même le surcroît d'irritation qu'occasionna ce dernier, ne fut-il pas cause de l'influence sympathique plus prononcée de la gastro-entérite sur le cerveau dont le désordre fonctionnel devint bientôt le plus saillant? En prescrivant quarante sangsues sur le trajet des jugulaires, on fit une médecine purement symptomatique, tandis qu'on continua de stimuler l'estomac par la même dose de sulfate de quinine; de là nouvelle réaction du côté du cerveau, de là l'*explosion subite* d'un délire violent, c'est-à-dire d'une nouvelle congestion cérébrale qui fut mortelle. Mêmes réflexions à l'égard du fait sous le nº 250. Sans doute M. Maillot nous opposera d'autres faits qui prouvent le succès d'une semblable médication; mais tous les succès possibles ne légitimeront point ce qu'il y a de trop hardi et de peu méthodique dans le traitement de ceux dont il s'agit, parce que le premier de tous les préceptes en médecine, c'est de ne jamais nuire, et de ne pas même s'y exposer quand on a d'autres voies que l'estomac pour l'ingestion des médicaments stimulants les mieux indiqués. Quoique, dans la plupart des accès de fièvre intermittente, la muqueuse digestive ne soit que *congestionnée*, comme le dit M. Maillot, encore faut-il que cette congestion sanguine ait le

temps de se dissiper par une intermission convenable ; et si, par la répétition de quelques violents accès, la congestion passe à l'état inflammatoire, comme le dit encore l'auteur dont il s'agit, il faut bien y avoir égard si l'on ne veut s'exposer à faire beaucoup de mal par l'ingestion du sulfate de quinine. Après ces remarques, faites dans l'intérêt de la science, hâtons-nous de convenir qu'en général M. Maillot sait poursuivre avec autant de méthode que d'énergie, par les moyens antiphlogistiques locaux et généraux, toutes les congestions inflammatoires qui se présentent chez ses malades, sans trop s'inquiéter des phénomènes pernicieux et fébriles, quelque saillants qu'ils puissent être.

A peine si l'on peut croire qu'en 1822, et dans un grand hôpital de Rome, on ait traité un malade comme l'a été celui du n° 232 ! Il fallait que le prestige de la *fièvre pernicieuse*, ou des paroxysmes périodiques *essentiels*, fût bien grand pour qu'on osât ainsi stimuler par les évacuants et le quinquina un homme chez qui les symptômes morbides les plus saillants étaient des *douleurs d'estomac*, des *douleurs de ventre lancinantes*, des vomissements continuels, une langue rouge, un pouls petit et fréquent, des évacuations alvines abondantes ou la constipation, des cris continuels, une douleur abdominale éveillée quelquefois par le simple poids des couvertures, etc. Et pourtant on n'a vu, chez ce malade, que la fièvre pernicieuse essentielle ! On n'a point réfléchi que, ce qu'il y avait en lui de vraiment pernicieux, c'était la gastro-entérite. Il paraît qu'on ne s'est pas même douté pendant la vie du malade de cette vaste inflammation que l'autopsie a fait voir dans l'estomac et les intestins; ou du moins si on l'a reconnue, toujours est-il certain qu'on n'a point osé l'attaquer par un traitement antiphlogistique, sans doute à cause de ces malheureux paroxysmes fébriles périodiques, qui ont fait croire à l'existence d'une fièvre intermittente essentielle, *cachée* sous les apparences d'une gastro-entérite ! Mêmes réflexions à l'égard du fait consigné sous le n° 243, et recueilli par M. Bailly. Ici du moins, si l'art n'a pas employé des moyens convenables pour guérir le malade, l'on ne peut pas prétexter la difficulté du diagnostic, puisqu'il s'agit d'un jeune homme de dix-neuf ans qui venait d'éprouver un refroidissement en entrant tout en sueur dans une grotte fraîche, et chez qui la nature avait commencé le traitement par une épistaxis considérable. Malheureusement on ne sut voir en lui qu'une fièvre pernicieuse comateuse; et aussitôt que, revenu

de son accès, il put ouvrir la bouche, on lui fit avaler une once et demie de quinquina, quoique l'estomac fût sensible à la pression. Le coma dut aller en augmentant ; mais comme le pouls était toujours fort, vibrant et plein, on lui fit appliquer *huit* sangsues aux oreilles la veille de sa mort. Il n'est pas besoin de dire que l'autopsie fit voir tous les organes digestifs et encéphaliques gorgés de sang. Enfin, dans l'observation sous le n° 233, recueillie à Rome par le même médecin, on conçoit difficilement cette persistance à administrer le quinquina par la voie de l'estomac, malgré la sensibilité et même la douleur de cet organe, qui le rejette chaque fois par le vomissement. Les rémissions qui survenaient chaque jour dans la matinée étaient-elles assez marquées pour qu'on fût autorisé à envoyer sur la muqueuse digestive des doses aussi énormes de quinquina en substance (une, deux, et jusqu'à *trois* onces à prendre pendant une seule nuit)? Mais ce qui est très facile à concevoir, c'est que les douleurs de l'estomac aient persisté; c'est qu'elles soient allées en augmentant jusqu'à la mort du malade. Une seule fois on a cédé à l'inspiration d'appliquer douze sangsues à l'épigastre, et c'est ce même soir-là qu'on n'a pas craint de remplir l'estomac du malade avec trois onces de quinquina! Ce médicament a été encore, et très heureusement, rejeté, comme on le pense bien; mais ne pense-t-on pas aussi qu'une telle prescription et de semblables efforts de vomissements aient été peu propres à favoriser le bon effet d'une mesquine et fort tardive application de sangsues? Quoi qu'il en soit, du 19 au 23 août, veille de la mort du malade, on lui a fait prendre, quoiqu'il éprouvât constamment une forte chaleur à l'intérieur, quoique sa langue fût rouge, l'épigastre toujours sensible et parfois très douloureux, le pouls petit et fréquent même dans l'intervalle des exacerbations fébriles, on lui a fait prendre en trois jours *sept onces et demie de quinquina en substance,* sans parler des potions avec l'infusion de sureau, l'acétate d'ammoniaque, l'oxymel, etc.! Peut-on s'étonner, après un semblable traitement, que l'autopsie ait fait voir les traces d'une violente inflammation qui ne s'étendait rien moins que du cardia à l'extrémité du rectum?

Sans doute c'est une tâche pénible que celle de rappeler des faits où l'art a été plutôt nuisible qu'utile. Ce n'est qu'animé d'un grand amour pour la science et l'humanité qu'on peut s'arrêter à analyser des fautes dont on n'est pas soi-même à l'abri. Mais combien

n'est-il pas important pour chacun de nous d'enregistrer ces sortes de revers et de succès, afin de mettre à profit l'expérience heureuse ou malheureuse des praticiens qui ont bien voulu en déposer le résultat dans les annales de la science; car c'est l'école des faits qui sera toujours la plus frappante, la plus instructive et la plus profitable pour quiconque voudra éviter des fautes et arriver à des résultats plus heureux que ses devanciers, alors qu'il se trouvera placé dans des circonstances semblables ou plus ou moins difficiles.

Les observations de diarrhée ou de dysenterie sous types tierce et quarte, que nous avons puisées dans Morton, Torti et autres, renferment assez de détails pour qu'on puisse les caractériser. Dans tous ces faits, les accès périodiques ou les exacerbations intermittentes et fébriles de l'entérite ont été cause que ces praticiens ont cru voir en elles des fièvres intermittentes ou rémittentes, *larvées*, ou *pernicieuses diarrhéiques*, *atrabilaires* et *dysentériques*. Dans l'exemple de diarrhée observé par Morton, sous type tierce, et qu'il appelle *febris intermittens*, *diarrhœam torminosam simulans*, il est aisé de reconnaître que c'est 1° parce que le flux de ventre et les coliques reviennent périodiquement et parce que les urines sont briquetées, que ce praticien s'en laisse imposer et croit à l'existence d'une fièvre intermittente cachée sous cette forme; 2° parce que la malade avait eu auparavant une fièvre intermittente *légitime* qui, sous l'influence d'*un mauvais régime*, *dégénéra en continue*, et *bientôt après parut transformée en une nouvelle maladie*. On conçoit que ce changement de type et cet appareil de symptômes nouveaux aient été attribués au génie si mobile de la fièvre. Cependant Morton ne reconnut pas moins que ces symptômes fâcheux avaient leur source dans le *foyer vénéneux* de la fièvre intermittente. Or, si l'on fait attention qu'il plaçait ce foyer dans les premières voies, on conviendra que ce praticien semblait pressentir la théorie physiologique des fièvres intermittentes en général; ce qui le prouve encore, c'est le traitement adoucissant ou antiphlogistique qu'il adopte constamment pendant la durée des accès. Dans le cas dont il s'agit, Morton eut recours aux mêmes moyens qu'il a coutume d'employer, dit-il, contre la vraie dysenterie. L'accès passé, il prescrivit le quinquina auquel il associa le laudanum, à cause de la grande irritabilité des voies digestives. Les accès diarrhéiques ne revinrent pas; mais la malade ayant cessé tout-à-coup l'usage

du quinquina, fut attaquée d'une ophthalmie qui prétenta le même type d'intermittence que la diarrhée. Morton l'attaqua par les mêmes moyens, plus une saignée à la jugulaire. Cette apparition d'une nouvelle phlegmasie périodique, chez la même malade et sous l'influence de la même constitution atmosphérique, n'est-elle pas une nouvelle preuve de la nature inflammatoire de l'affection qui l'avait précédée ?

On voit sous le nº 258 une diarrhée d'abord sans fièvre qui, par la négligence du malade, augmente d'intensité, dégénère en dysenterie et s'accompagne de fièvre. La dysenterie éprouve bientôt, tous les deux jours, des exacerbations périodiques caractérisées par la fièvre, une grande chaleur, une soif vive, un flux de ventre fréquent, de fortes coliques, etc. Croira-t-on avec Lautter que cette dysenterie *masque une fièvre intermittente essentielle?* Peut-on dire qu'une fièvre est essentielle quand elle survient durant le cours d'une phlegmasie bien manifeste, et au moment où cette phlegmasie augmente d'intensité? Peut-on croire qu'elle constitue un être à part, *sui generis*, quand elle cesse avec la rémission de la phlegmasie et revient chaque fois qu'il se manifeste une nouvelle intensité ou une exacerbation de celle-ci, et quand enfin plusieurs symptômes de la gastro-entérite persistent seuls et sans fièvre ?

On ne peut lire attentivement l'observation sous le nº 260, on ne peut réfléchir au mode de traitement qui a été employé et en suivre les effets depuis le commencement jusqu'à la fin de la maladie, sans reconnaître une véritable phlegmasie continue de la muqueuse digestive, dont les exacerbations, parfois régulières, en ont imposé au point de faire croire à l'existence d'une *fièvre intermittente pernicieuse.* Cependant l'auteur de ce fait, dans les réflexions qui l'accompagnent, convient naïvement, et chacun en conviendra volontiers avec lui, *qu'il est très probable que l'affection dysentérique était la cause déterminante de la fièvre pernicieuse !* Mais ce dont aucun médecin ne conviendrait aujourd'hui, c'est de la *nécessité* d'employer le quinquina, quand on craint comme l'auteur *qu'il n'exaspère l'affection dysentérique*, c'est de la nécessité, pour faire supporter ce médicament, de lui associer le camphre et la liqueur d'Hoffmann ! c'est d'insister sur ces médicaments, bien que l'estomac les rejette sans cesse, et malgré l'exaspération des douleurs abdominales ! c'est de prescrire encore des moyens laxatifs, huileux, antispasmodiques,

surtout le camphre combiné avec le nitre ! puis les cordiaux, la thériaque, le vin que *la malade ne pouvait*, dit-on, *supporter* ! Quand aux redoublements fébriles se joignit le hoquet, on donna le camphre à *hautes doses !* les selles fétides et sanguinolentes, ainsi que les douleurs du ventre, persistèrent jusqu'à la mort. Cette observation n'offre-t-elle pas un contraste remarquable avec celles où l'on a suivi les préceptes de la doctrine physiologique ?

Je ferai remarquer, dit M. Dufau relativement à l'observation sous le n° 262, 1° que la maladie de M. B*** se développa à une époque où la dysenterie régnait dans notre ville ; 2° qu'elle s'accompagna de symptômes qui ne peuvent évidemment se rapporter qu'à la phlegmasie de la membrane muqueuse des gros intestins ; 3° qu'elle fut guérie sous l'influence du traitement reconnu le plus efficace contre la dysenterie. Je suis donc fondé à soutenir qu'elle n'a pas différé de la dysenterie ordinaire. Or, comme elle a bien évidemment affecté dans sa marche le type intermittent tierce, je suis autorisé à la présenter comme un exemple bien constant de colite intermittente. »

Le même diagnostic, porté par le docteur Desruelles dans l'observation de colite fébrile tierce, sous le n° 263, laisse-t-il le moindre doute sur son exactitude ? Il s'agit d'une femme qui n'est point entièrement rétablie d'une fièvre *bilieuse-putride*, traitée par une foule de remèdes échauffants, et à qui il survient de la diarrhée, des coliques, ensuite de la fièvre dont les accès sont caractérisés par des coliques plus fortes, des frissons, une soif inextinguible, plusieurs selles très liquides, etc. Un traitement intempestif conduit la malade au marasme ; puis elle guérit par la diète, les calmants et les antiphlogistiques. Ne doit-on pas, comme le médecin dont il s'agit, rattacher dans ce cas la fièvre intermittente à l'inflammation du colon dont les exacerbations périodiques donnaient lieu aux accès fébriles ?

Quoique M. Nepple appelle la maladie décrite sous le n° 261 une *fièvre dysentérique*, il n'en reconnaît pas moins exactement son siége et sa nature, c'est-à-dire l'existence d'une phlegmasie de la muqueuse gastro-intestinale qui éprouvait des redoublements périodiques et fébriles ; aussi, malgré les nausées et les déjections alvines, ce n'est point à l'émétique ou à l'ipécacuanha qu'il a recours. Ce praticien distingué donne au contraire la préférence aux applications de sangsues, aux cataplasmes émollients, à la diète absolue, à l'eau gommée, aux lavements d'amidon, etc. A

l'aide de ces moyens, au lieu d'une simple rémission il obtient une intermission ou une apyrexie complète dont il profite pour administrer le sulfate de quinine. A l'exemple de Sydenham et de Morton, il associe avec raison le laudanum aux autres moyens, soit en boisson dans un véhicule adoucissant, soit en lavements, parce qu'il est bien reconnu par l'observation de tous les temps que, dans la plupart des choléras violents, des dysenteries atroces, ce n'est pas seulement dans le système capillaire sanguin que réside l'irritation, mais encore dans le système lymphatico-sécrétoire et ganglionnaire des organes digestifs. Nul doute même que, dans certains cas où l'irritation est prédominante dans ce dernier système, il ne faille insister particulièrement sur les préparations opiacées et mercurielles, surtout le calomel; tout comme dans les cas plus fréquents où la gastro-colite est prédominante, il faut insister sur les antiphlogistiques locaux, et même y avoir recours exclusivement dans plusieurs circonstances.

SECTION IV. — OBSERVATIONS QUI PROUVENT L'EXISTENCE DES PHLEGMASIES PÉRIODIQUES DU FOIE, DE LA RATE, DU PÉRITOINE, DES REINS, DE LA MATRICE, DE LA MUQUEUSE VAGINALE ET URÉTRALE, SOUS LES TYPES QUOTIDIEN, TIERCE, DOUBLE TIERCE, QUARTE, QUINTANE, OCTANE ET MENSUEL.

Hépato-gastrite rémittente quotidienne.

N° 267. Marie Dieu, âgée de soixante-huit ans, était tourmentée, depuis dix-huit mois, par une fièvre intermittente, le plus souvent quotidienne, que le quinquina guérissait momentanément, mais qui reparaissait toujours plus opiniâtre que jamais. La région du foie était rénitente et douloureuse, et les symptômes généraux de la fièvre annonçaient une vive irritation gastrique et une hépatite. Dans les intervalles de santé que cette femme pouvait avoir, elle ne cessait cependant d'être souffrante, d'avoir la peau chaude, la langue sèche, l'hypocondre droit et l'épigastre sensibles. On l'amena dans la matinée du 7 août à l'hôpital; elle avait eu deux accès quotidiens terribles. Le frisson la saisit dans l'après-midi. A la visite du soir, langue sèche et rouge, peau ardente, inquiétude extrême, volubilité, yeux brillants, altération. Cet accès se prolonge au-delà des bornes ordinaires et se termine par la mort.

Autopsie. — Cervelet et protubérance annulaire en bon état; ventricules contenant un peu de sérosité limpide; plexus choroïdiens pâles; sinus longitudinal supérieur gorgé de sang; dure-mère manifestement épaissie dans presque toute l'étendue de la voûte du crâne, offrant à sa surface interne des tubercules qui, adhérant çà et là à l'arachnoïde, en unissaient les deux lames. Arachnoïde jaune, dense, très injectée surtout dans les anfractuosités cérébrales, et adhérente en plusieurs endroits à la pie-mère par des prolongements filamenteux Ecchymoses sur la partie moyenne et postérieure des hémisphères; cerveau rapetissé, très consistant, et substance grise assez for-

tement injectée. Poumons sains. Le tube digestif, fendu dans toute sa longueur, ne présente que des traces légères de phlogose, éparses dans divers points. De tous les autres viscères abdominaux le foie seul était malade et son volume doublé. A sa partie postérieure droite, bosselures inégales, blanchâtres, ayant la dureté et l'apparence des cartilages. Je les fendis d'un coup de scalpel, et nous trouvâmes un kyste bien organisé, rempli d'hydatides, trente ou soixante environ, et d'une matière purulente, jaune, chargée de débris floconneux. Les parois du sac, de trois ou quatre lignes d'épaisseur, paraissaient composées d'une espèce de membrane villeuse à l'intérieur et d'un tissu très serré. Cette poche aurait facilement contenu la tête d'un fœtus. Le reste du foie était plus noir, plus injecté et plus compacte que d'ordinaire, la vésicule gorgée de fiel. (Chauffard, *Traité des fièvres.*)

Hépatite chronique avec des exacerbations périodiques et fébriles quotidiennes, tierces, etc.

No 268. Un individu avait été sujet aux migraines, aux hémorroïdes et aux hémorrhagies nasales. Ces indispositions habituelles venant à cesser, il éprouve, en 1817, des douleurs dans la région de l'estomac, qui sont calmées par des bains, des lavements et un régime approprié. L'année suivante, une fièvre tierce survient; on la combat par des délayants et des apéritifs; cependant les accès de fièvre continuent irrégulièrement. Il y a démangeaison sur toute l'habitude du corps, couleur jaune de la peau et des yeux, constipation, urines rougeâtres. On a en vain recours à un traitement débilitant et à l'application des sangsues. La fièvre revient tous les soirs avec une douleur qui de l'hypocondre droit se dirige vers l'omoplate; du reste, même prurit, même couleur de la peau et des urines; rétablissement des évacuations alvines. Tout ceci se passe pendant l'hiver de 1818 à 1819. Au printemps, on donne les sucs de cerfeuil et d'oseille avec addition de tartrate, d'acétate de potasse, etc. Il y a un peu d'amélioration; les selles, tantôt liquides et tantôt en crottins durs, deviennent fréquentes; les accès, moins longs, ne sont plus quotidiens; la douleur de l'hypocondre, quoique non pulsative, se réveille à chaque accès; la peau se rapproche de sa couleur naturelle; mais l'appétit manque et la maigreur est extrême. Bientôt après, il survient des hémorrhagies nasales; on en compte cinq dans un même mois. Cet état de souffrance durait déjà depuis quinze mois. Le malade ayant encore essayé en vain divers remèdes, finit par renoncer à tous, et se détermina à ne prendre pour toute nourriture que des fraises, des cerises, des framboises et quelques panades. Il n'en éprouva pas d'abord un soulagement manifeste; la maladie sembla poursuivre sa marche, quoique très lentement, jusqu'au 18 août, qu'elle parvint à son plus haut degré.

Les accès de fièvre avaient eu, jusqu'à cette époque, le type quotidien ou tierce, ou bien ils revenaient à de plus longs intervalles; mais ils furent toujours caractérisés par une douleur qui se faisait sentir dans l'hypocondre droit, qui se prolongeait entre les épaules, et gênait beaucoup les mouvements du bras droit. (La fièvre était dans toute sa force dans le moment où l'irritation la plus grande se manifestait par une douleur très vive ressentie dans le foie, puis elle déclinait avec la douleur.) Le 18 août, la fièvre, au lieu de présenter l'un des types qu'elle avait eus jusqu'alors, se répète trois fois dans le même jour avec une douleur si aiguë dans la région du foie, que le malade en pousse les hauts cris. Le 19 et le 20, les accès de douleur et de fièvre se répètent de même trois fois chaque jour; la douleur diminue avec la fièvre, et se termine par des coliques qui suscitent des évacuations alvines d'un jaune verdâtre et d'une odeur extrêmement fétide. Au dernier accès du 20, le froid est plus intense que jamais; il s'ensuit une chaleur

brûlante et une sueur telle que les matelas en sont traversés; la sueur est surtout très abondante au côté droit, dans la région du foie. Le malade est extrêmement faible et croit toucher à son heure dernière, lorsqu'il est à la fin de ses maux ; car, à dater de ce jour, il n'y a plus d'accès ; son appétit revient; mais il ne mange pendant long-temps que du pain et des fruits, principalement des raisins. Sa convalescence dure quatre mois, mais elle est régulière, et il s'ensuit un entier rétablissement. (Delbosc, *Journal général de médecine*, t. LXXII.)

Hépatite rémittente demi-tierce.

No 269. M. Lantier, auteur du *Voyage d'Anténor*, atteint d'une jaunisse avec intumescence du foie bien sensible au tact, fut bientôt saisi de fièvre violente, avec type demi-tierce ou hémitritée. Les redoublements fébriles et hépatiques étaient très intenses. Je crus, malgré l'intumescence dure et rénitente de la région épigastrique et de l'hypocondre droit, et nonobstant la jaunisse, devoir lui prescrire le quinquina à la dose d'une once et demie en poudre, avec une once d'esprit de Mindererus, donné en six doses, avant l'accès suivant, qui fut beaucoup moins violent. Le traitement fut continué, et il n'y eut plus d'accès ou de redoublements. M. Lantier guérit, et de la fièvre hémitritée et de la maladie du foie, dont l'hydropisie aurait pu bientôt être la suite. (Portal, *Observ. sur la nat. et le trait. des malad. du foie.*)

Hépatite et ictère, type mensuel et sexti-mensuel.

No 270. Madame Beri, garde-malade, d'une assez bonne santé jusqu'à cinquante-trois ans, ayant éprouvé à cette époque une affection morale vive, devint presque tout-à-coup ictérique; bientôt un frisson se fit ressentir, et la fièvre s'alluma; en même temps l'hypocondre droit devint douloureux, augmenta de volume, et quelques symptômes bilieux accompagnèrent cet état, qui ne dura qu'un septénaire. Depuis, l'hépatite et l'ictère se renouvelèrent tous les mois, à l'époque des règles, de manière que, durant l'intervalle des attaques, madame Beri se portait très bien. Au retour de chaque accès, la plante des pieds devenait d'abord le siége d'une douleur très vive ; les jambes, les genoux, les cuisses, s'entreprenaient successivement ; et si l'on n'avait pas alors la précaution d'appliquer des sangsues sur la région du foie ou à l'anus, le bas-ventre devenait douloureux, et tous les signes de l'hépatite ne tardaient pas à se manifester; si, au contraire, on appliquait des sangsues avant que la sensibilité de l'épigastre se développât, la marche de la maladie était entravée, et l'hépatite avortait. Cet état de choses dura pendant quatre ans sans aucun changement. A cinquante-sept ans, les attaques ne revinrent plus que tous les six mois. A soixante et un ans, l'ictère, qui, depuis l'invasion de la maladie, n'avait pas cessé de l'accompagner, se dissipa Pendant tout le cours de cette maladie, les digestions, qui se faisaient toujours très bien dans l'intervalle des attaques, commençaient à s'altérer dès qu'une attaque nouvelle paraissait se manifester.

Madame Beri avait soixante-trois ans lorsque j'eus l'occasion d'être témoin de l'une de ces attaques, dont je n'avais vu que la dernière période l'année précédente. C'était au mois de juillet 1816; la maladie, comme à son ordinaire, débuta par des douleurs vives à la plante des pieds ; les douleurs se propagèrent bientôt aux genoux et aux cuisses; une chaleur brûlante se fit ressentir dans les régions hépatique et lombaire ; les fausses-côtes du côté droit furent déjetées en dehors par l'augmentation de volume du foie qui était douloureux à la pression. Des sangsues appliquées sur l'hypocondre

droit, l'usage des bains, firent cesser en quelques jours cette affection, qui depuis s'est encore plusieurs fois renouvelée. (Martinet, *Bibliothèque médicale*, t. LXIII.)

Spléno-hépatite rémittente quotidienne. (Fièvre rémittente soporeuse.)

No 271. Un Auvergnat âgé de vingt-huit ans, d'une bonne constitution, pionnier, résidant depuis peu dans le pays d'étangs, était atteint depuis dix jours (novembre 1824) d'une fièvre rémittente dont les symptômes dominants étaient une soif inextinguible et des points douloureux dans les hypocondres et dans les lombes ; les paroxysmes revenaient tous les jours, à dix heures du matin, avec un léger frisson, puis une grande chaleur, et déclinaient dans la nuit par une moiteur faible. Le malade, loin de tout secours, se contentait de boire de l'eau panée. Le onzième jour, on l'apporte à l'hôpital. Il avait éprouvé le matin un froid profond et universel de deux heures à trois heures, accompagné de perte de connaissance ; la sueur avait paru immédiatement après avec la chaleur et inondait la peau ; la figure était pâle, cadavéreuse, les yeux ternes, immobiles, à demi ouverts, le pouls plein et peu fréquent ; le malade, étendu sur le dos, ne faisait aucun mouvement ; sa respiration était lente et profonde. A trois heures après midi, l'insensibilité commence à diminuer ; la parole est encore impossible, mais le malade entend et fait signe qu'il souffre du ventre et de la tête, surtout lorsqu'on presse les parois de la première cavité. La rate est volumineuse, le foie l'est également, l'abdomen est bouffi, rénitent, surtout aux hypocondres. Quinze sangsues sont appliquées de suite à l'épigastre ; limonade. Dans la nuit, toute la connaissance revient avec la parole, mais les idées sont lentes et confuses ; la langue est noire, mais humide ; il y a peu de soif ; les lombes sont profondément douloureuses ; la céphalalgie est sourde et générale, le pouls dur et accéléré, la face colorée. Douzième jour, froid profond qui dure depuis onze heures jusqu'à une heure après midi ; en même temps, perte de connaissance, immobilité, face pâle, langue sèche, retirée ; respiration lente, mais facile. A trois heures, la sueur commence ; à huit heures, la connaissance revient ; soif extrême, sueur extraordinaire pendant toute la nuit. Le treizième jour, à quatre heures du matin, quatre grains de sulfate de quinine ; à huit heures, le malade gémit, se plaint de douleurs générales, des reins surtout ; les hypocondres sont très sensibles à la pression, la figure est un peu colorée, le pouls presque naturel, et il y a propension à l'assoupissement. Six autres grains de sulfate de quinine à neuf heures. A onze heures, froid général sans frisson jusqu'à deux heures ; alors perte de connaissance, yeux ouverts, immobiles et ternes ; langue sèche, retirée, noire ; dents encroûtées, pâleur cadavéreuse, chaleur modérée, prostration complète, sanglots bruyants de temps en temps, pouls fort et accéléré. A trois heures, dix sangsues à l'épigastre et dix sur le trajet des jugulaires. A cinq heures, sueur générale par grosses gouttes. Sinapismes aux pieds. A huit heures du soir, le sang coulant encore abondamment des piqûres du cou, je cautérise celles-ci avec la pierre infernale sans que le malade témoigne qu'il s'en aperçoit. Le même état se prolonge jusqu'au lendemain à midi, avec accroissement du hoquet ou sanglot bruyant ; enfin le râle commence, et la mort arrive trois heures après.

Ouverture du cadavre quinze heures après la mort. — Le ventre était encore chaud ; l'estomac ne paraissait point altéré ; la tunique muqueuse était blanchâtre sans être ramollie, et de grandes rides ou reliefs en coupaient la surface. Les intestins et le mésentère étaient dans l'état naturel, et la membrane muqueuse fortement colorée en jaune. Dans les gros intestins, il y avait beaucoup de matières ressemblant en quelque sorte à de la terre

grasse; la vessie était pleine d'urine. Le foie était très gros, d'une couleur brune, verdâtre, et moins consistant que dans l'état normal. La rate avait un volume triple, une grande mollesse, et se réduisait sous les doigts en un putrilage couleur chocolat, dans lequel on apercevait quelques gouttes d'un sang très noir, et quelques brides organiques. Le péricarde, parfaitement intact, contenait beaucoup de sérosité limpide et peu colorée. Le cerveau était mou, blanchâtre; les vaisseaux sanguins étaient exsangues, et les ventricules pleins d'une sérosité aqueuse. (Nepple, *Essai sur les fièvres intermitt. et rémitt.*)

Splénite rémittente, exacerbations quotidiennes et fébriles.

No 272. Pingot (Jean-Baptiste), âgé de trente-cinq ans, maçon, d'une constitution robuste, né de parents sains, ayant toujours joui d'une bonne santé, à part une attaque assez forte du choléra, il y a un an; couchant, lui sixième, dans une chambre étroite, mais bien aérée; n'ayant jamais habité ni travaillé près du canal. Il y a huit jours, en montant des moellons, cet homme fit une chute de trois pieds de haut sur l'hypocondre gauche; à l'instant même il ressentit une douleur vive, dans cette région pendant dix minutes, et fut obligé de cesser son travail. Le lendemain, 31 mai, douleur de côté dans la région de la rate, se faisant sentir à l'occasion du plus léger effort. Le 1er juin, vers les deux heures de l'après-midi, et après avoir mangé, le malade éprouva une chaleur vive, et une sueur abondante pendant la nuit; en même temps la région de l'hypocondre gauche était plus douloureuse. Le lendemain matin le malade était bien portant; mais la douleur, quoique moindre, persistait. Pendant l'après-midi, mêmes symptômes que la veille, chaleur, sueur et augmentation de la douleur de l'hypocondre. Le 3 juin, même état. Le 4 juin, vers les deux heures de l'après-midi, frisson commençant par les reins et les membres, pour devenir général pendant deux heures, puis chaleur et sueur jusqu'au lendemain matin : le malade a pris de la tisane et s'est mis huit sangsues sur le côté. Entré, le 5 juin, à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Joseph. Vu le 6 au matin, il a présenté l'état suivant : tube digestif sain, appétit, soif pendant la fièvre; thorax dans le meilleur état; céphalalgie pendant l'accès. Teinte naturelle de la peau. La rate est limitée avec le plus grand soin au moyen du plessimètre; l'organe a cinq pouces dans le sens vertical, quatre pouces et demi dans le transversal, il est épais; la limitation est facile, et très distincte de celle du rein, du foie et du cœur; l'image de l'organe est tracée avec le nitrate d'argent; la douleur existe, par la pression et par la percussion, sur toute l'étendue de la figure tracée : à une ligne au delà, la douleur n'existe plus. Saignée proportionnée à son influence sur le pouls, quarante sangsues sur la région douloureuse, cataplasmes émollients, diète. — 7 juin. L'accès est revenu hier aussi fort que les jours précédents. La saignée faite hier est de deux livres environ, les piqûres des sangsues ont fourni peu de sang, le volume de la rate est le même, mais la douleur est considérablement diminuée, le malade a de l'appétit. Sulfate de quinine, quinze grains à prendre en trois doses, le quart d'aliments. — 8 juin. L'accès est revenu hier, mais moins fort, il a retardé de deux heures, frisson faible jusqu'à six heures, sommeil pendant la chaleur, et la sueur jusqu'à dix heures. La fièvre était passée au réveil, la rate est diminuée d'un pouce et demi de haut en bas, et d'un pouce d'avant en arrière; son épaisseur est moindre, elle offre encore une légère sensibilité à la percussion. Même prescription que la veille. — Visite du 11 juin. Depuis le 8, le malade n'a pas eu d'accès, pas de céphalalgie, même au moment où ils auraient dû revenir, la rate a encore diminué le volume, la douleur n'existe pour ainsi dire plus

depuis que la fièvre est passée, l'appétit est excellent, le malade mange les trois quarts, les digestions se font bien, le sommeil est naturel : il a continué de prendre la même dose de sulfate de quinine. Le 12, le malade demande sa sortie. Le 13 juin, il est sorti de l'hôpital parfaitement bien portant. (Nelet, *Essai et observ. sur les fièvres intermitt.*, 1833.)

Splénite rémittente, exacerbations fébriles quotidiennes.

No 273. Rikelhoff, âgée de dix-huit ans, d'une très bonne constitution, née en Hollande, où elle est restée jusqu'à l'âge de huit ans sans avoir jamais eu les fièvres, à Paris depuis dix ans, habite un appartement humide à l'entresol. Cette jeune fille a toujours joui d'une bonne santé, réglée à neuf ans et demi, les règles ont paru régulièrement jusqu'à il y a dix mois, qu'elles ont cessé de se montrer, sans que pour cela la santé se soit notablement dérangée. Il y a cinq jours, la malade tomba, de la hauteur de six pieds environ, sur le côté gauche, qui frappa sur un échelon : aucune autre partie du corps ne porta dans cette chute. A l'instant même, douleur très vive dans cette région, une heure après, refroidissement du pied gauche, plus tard, frisson général, puis chaleur et sueur. Le soir du même jour, nouvel accès à neuf heures et demie, et tous les soirs, à la même heure, accès semblables au premier. La douleur dans le côté gauche a persisté. Après la chute, le bas-ventre devint douloureux; depuis deux jours, cette douleur disparaît par moments. Entrée à l'hôpital de la Pitié, salle Notre-Dame, no 9, le 24 juin. Vue le 25 au matin, la malade a présenté l'état suivant : langue naturelle, soif, douleurs dans le bas-ventre par la pression, constipation, l'urine ne coule pas depuis trois jours, on est conduit à le savoir par la percussion médiate, qui trouve une matité dans le bas-ventre, en rapport soit avec la matrice distendue, soit avec la vessie dans le même cas; la malade ne se plaint pas du besoin d'uriner, le ventre est distendu et un peu météorisé, la rate est limitée au moyen du plessimètre, elle a trois pouces et demi de haut en bas, et quatre pouces d'avant en arrière; c'est sur le centre du lieu qu'elle occupe que la douleur se fait sentir. Cathétérisme explorateur : on est, en effet, dans le doute sur la question de savoir s'il s'agit d'une dilatation de la matrice ou de la vessie. Écoulement par le cathéter de plus d'une pinte d'urine assez foncée en couleur; soulagement instantané. La malade avait uriné dans les deux premiers jours de sa chute, et ne pouvait garder long-temps l'urine dans la vessie. La région de l'épine qui correspond aux vertèbres lombaires est douloureuse à la pression (il faut se rappeler que le pied gauche a donné lieu à un sentiment de froid au moment de la chute; du reste, point de faiblesse ni d'engourdissement dans les membres inférieurs. Cathétérisme deux fois par jour, cinquante sangsues sur la région de l'épine, cataplasmes sur le côté, infusion de fleurs de mauve pour boisson, diète. Le 25 au soir, une heure après le cathétérisme, la malade a uriné, mais, ce matin 26, on est obligé de la sonder de nouveau. Hier soir, nouvel accès semblable aux autres, la région de la rate est un peu moins douloureuse, la douleur répond très exclusivement sur le point où on la trouve, pas d'accidents du côté de l'épine, cependant un peu d'engourdissement dans les membres inférieurs. Les cinquante sangsues appliquées hier ont fourni beaucoup de sang, la malade a eu une syncope. Vingt sangsues sur la région de l'épine, cathétérisme, cataplasmes, infusion de mauve édulcorée, une soupe. —Visite du 27. Les sangsues appliquées hier ont beaucoup soulagé la malade; l'engourdissement des membres inférieurs a disparu ; la fièvre est revenue hier soir comme les jours précédents.—28 juin. Diminution de la douleur de côté, diminution de la douleur de l'épine; la malade n'a plus besoin d'être sondée. Persistance de la fièvre ;

elle est venue hier soir aussi forte que les jours précédents et à la même heure Sulfate de quinine douze grains, à prendre en trois doses, lavement émollient, *bis*, cataplasmes sur le côté, diète. Le 29, la fièvre est revenue hier soir, mais elle a été beaucoup moins forte; elle a retardé d'un quart d'heure; le frisson a presque entièrement manqué; la rate est beaucoup diminuée, elle est encore légèrement douloureuse; l'urine sort naturellement. Continuation des mêmes moyens. Le 30, l'accès d'hier a encore retardé d'un quart d'heure. Même traitement.— Visite du 1er juillet. Le frisson a complétement manqué dans l'accès d'hier; la pression cause encore une très légère douleur dans la région de l'épine; la rate est réduite à un très petit volume. Sulfate de quinine vingt grains en trois doses. Le 2, la fièvre s'est encore montrée hier soir; l'accès a retardé d'un quart d'heure, il a été très léger; la région de l'épine n'est plus douloureuse. Même traitement. — Le 3 juillet, l'accès d'hier a manqué La malade est restée quelques jours de plus à l'hôpital pour reprendre des forces; on lui a donné la demie, puis les trois quarts; elle est enfin sortie en pleine santé. (Nelet, *Essai et observ. sur les fièv intermitt.*, 1833.)

Splénite, type tierce et irrégulier.

N° 274. Un militaire, âgé de vingt-quatre ans, souffrait depuis plusieurs années d'un engorgement dans l'hypocondre gauche, lorsqu'au commencement de l'été 1822 il fut atteint d'une fièvre tierce pour laquelle on l'envoie à l'hôpital Saint-Aire. Il en sortit sans être rétabli, et voyageant par des chaleurs très fortes sur une voiture d'équipages, il arriva le 30 août à Neuf-Brisach. Le 12 septembre, lors de son entrée à l'hôpital de cette même ville, il présentait l'état suivant: peau brûlante, surtout au ventre; pouls très fréquent; langue rouge et jaunâtre, soif vive, douleur profonde de l'hypocondre gauche et de l'épigastre, avec toux sèche et oppression; sommeil presque nul La diète, l'eau de gomme acidulée, douze sangsues à l'épigastre, procurèrent quelque soulagement. Le 16, épistaxis; le 18, nausées et renvois bilieux. Sur les instances du malade, on donne un vomitif qui exaspère les symptômes inflammatoires. L'application de vingt sangsues produit de nouveau un soulagement marqué. Dans la nuit du 23, recrudescence de l'inflammation, nouvelles saignées capillaires. Le 1er octobre et les jours suivants, douleurs atroces aux mollets, œdème des pieds, ventre toujours brûlant et météorisé, accès de fièvre revenant chaque soir par un violent frisson de deux ou trois heures de durée. L'usage du sulfate de quinine, d'abord efficace, devint bientôt impuissant; les accès, reprenant toute leur intensité, amenèrent des sueurs abondantes et fétides; plus tard, les dents se couvrirent d'un enduit fuligineux, la langue restant pâle; l'haleine était extrêmement fétide. La diarrhée se déclara, devint involontaire; une ulcération gangréneuse s'établit au-dessous des incisives inférieures (dans le cours de la maladie les gencives avaient été saignantes); le malade se plaignait d'une douleur vive au fond de la gorge. La toux devenant plus fréquente, il expectorait une sanie sanguinolente; néanmoins le *facies* et les facultés morales n'avaient point encore éprouvé d'altération profonde, quand il mourut dans la nuit du 14 au 15 octobre.

Nécropsie. — La poitrine, d'ailleurs saine, renfermait environ un litre de sérosité. Une vaste poche péritonéale, circonscrite en dehors, en haut et postérieurement par le diaphragme, en dedans par l'estomac, en bas par une petite portion du colon et par le rein correspondant, occupait dans l'abdomen la région hypocondriaque gauche: elle était remplie par deux litres d'une sanie semblable à de la lie de vin, la rate en occupait le fond. Cet organe n'avait point changé de volume, mais sa surface était devenue tuberculeuse, et

sa partie concave offrait près de la scissure plusieurs trous irréguliers, ulcérés, d'un demi-pouce à deux pouces de diamètre, où l'on n'apercevait plus aucune trace de vaisseaux et de nerfs spléniques. Quelques portions de l'iléon étaient brunâtres extérieurement ; mais leur membrane muqueuse n'offrait point de traces certaines d'inflammation. Toutes les membranes de l'estomac se trouvaient saines. (Gasté, *Bull. de la soc. méd. d'Emul.*, 1823.)

Splénite fébrile, type quarte.

N° 275. Un habitant d'une ville voisine de Pise, entre à l'hôpital de cette ville, étant affecté à la fois d'une splenite et d'une fièvre intermittente quarte ; cette fièvre fit succomber le malade pendant le frisson du second accès qu'il eut dans cet hôpital.

A l'ouverture du cadavre, on trouva en place de rate, un grand sac contenant une matière liquide, noire et très fétide. Les altérations des autres viscères n'offrirent d'ailleurs rien de remarquable. (Bailly, *ouvrage cité, observ.* 37.)

Splénite intermittente bisannuelle.

N° 276. Un homme avait toujours deux fois dans l'année, et assez régulièrement au printemps et en automne, un gonflement considérable de la rate avec douleur de tout l'hypocondre gauche. Toute l'habitude du corps devenait alors livide ; il allait tous les jours de plus mal en plus mal, jusqu'au moment où il survenait, pendant cinq ou six jours, un écoulement très abondant d'urines noires et sanguinolentes. Après cette crise, la tumeur de la rate disparaissait complètement et la santé ne tardait pas à revenir. Cet homme était sujet à cette abondance d'urines depuis dix à douze ans ; mais elles étaient devenues d'autant plus troubles qu'il avait des hémorroïdes plus manifestes et plus considérables. (Valerius, *Exercit. ad Hollerium.*)

Péritonite intermittente quotidienne. (Fièvre pernicieuse simulant la péritonite.)

N° 277. Un soldat, qui était indisposé depuis quelques jours, descendit ayant chaud dans une cave très fraiche ; il se refroidit, et sentit bientôt dans l'abdomen des douleurs si violentes, qu'il resta sans voix et ne pouvant plus marcher. Il est apporté à l'hôpital, et indique le ventre comme le siége de toutes ses souffrances. L'abdomen est légèrement tendu et excessivement douloureux ; la soif forte, la respiration courte et fréquente, le pouls embarrassé. Une saignée est pratiquée et les accidents se calment. Le lendemain, retour des accidents dans la matinée et précédé par un frisson qui dure une heure ; ils se dissipent dans la journée par des sueurs. Le surlendemain, retour des accidents avec plus d'intensité ; mais ils disparaissent de la même manière. Une nouvelle saignée est pratiquée et suivie immédiatement de l'administration du sulfate de quinine. Depuis ils ne reparurent plus. (Gouzée, *Gazette médicale de Paris*, 1834.)

Péritonite tierce.

N° 278. Tesseydre, fourrier au 5e léger, âgé de vingt-quatre ans, taille moyenne, cheveux noirs, peau brune, embonpoint médiocre, fut transporté à l'hôpital de Mont-de-Marsan, le 4 avril 1824. Je le trouvai le même jour à la visite du matin dans l'état suivant : couché sur le dos, les cuisses demi-fléchies, il éprouvait une vive douleur dans toute l'étendue de l'abdomen, qui était brûlant, tendu, météorisé et très sensible à la plus légère pression. Il vomissait fréquemment un liquide jaunâtre, amer ; la langue était humide, large, de couleur naturelle, la soif peu prononcée, la tête douloureuse, la

figure rouge, grippée, la respiration fréquente, courte, costale, sans toux, la peau sèche et brûlante. le pouls dur, serré, accéléré. J'appris que cette maladie s'était déclarée la nuit précédente, et qu'un violent frisson en avait signalé le début. On ne pouvait méconnaître à ces symptômes une péritonite. Je prescrivis en conséquence une saignée de quatorze onces, une diète absolue, une boisson délayante, des fomentations émollientes sur le ventre, un lavement de même nature. A ma visite du soir, je ne fus pas peu surpris de trouver ce militaire sans fièvre et délivré de sa péritonite. Tous les symptômes observés le matin avaient disparu à la suite d'une sueur abondante. Je crus avoir fait avorter une phlegmasie commençante. Le lendemain 5, apyrexie; je permis quelques pruneaux. Le 6 au matin, je retrouvai ce malade dans l'état où je l'avais vu le 4; et le retour des accidents avait été annoncé comme la première fois par un frisson prolongé.

Je fus incertain si j'avais à combattre une inflammation intermittente ou une rechute occasionnée par quelque imprudence : cependant tous les symptômes se rapportant à une phlegmasie du péritoine, je fis appliquer vingt-cinq sangsues sur l'abdomen. Le soir, la rémission ou plutôt l'intermission était complète, à la suite d'une sueur copieuse. Le 7, le malade était à merveille, et demandait des aliments, je ne lui en accordai pas cette fois; je soupçonnai une péritonite intermittente, et j'attendais impatiemment la m tinée du lendemain pour fixer mon incertitude. La nuit suivante vit en effet reparaître un autre accès, mais si faible que je crus inutile de recourir à de nouvelles évacuations sanguines ou au quinquina ; ce fut le dernier.

Le 27 du même mois, ce militaire, à la suite d'imprudences graves, eut de nouveau un accès semblable aux précédents; je me bornai à prescrire la diète, les boissons et fomentations émollientes. La journée du 28 fut exempte de fièvre, mais l'accès du lendemain fut très violent. Fixé sur la nature et le type de cette affection, je voulus savoir si une péritonite intermittente, enlevée une première fois par le traitement des phlegmasies, serait combattue avec le même succès par le qu nquina administré durant l'apyrexie. Je prescrivis en conséquence douze grains de sulfate de quinine en quatre doses. Le paroxysme suivant n'eut pas lieu, et le malade sortit de l'hôpital peu de jours après, parfaitement guéri. (Dufau, *Journal général de med.* t. XCV.)

Métro-péritonite rémittente tierce.

No 279. Une jeune femme de dix-huit ans, peu après une fausse couche et pendant que les lochies coulaient encore, fut atteinte d'une fièvre qui revenait de deux jours l'un, avec des symptômes remarquables. Cette fièvre commençait par un frisson et de la douleur dans le dos; il survenait un peu de toux, puis des rots si fréquents qu'on en comptait quelquefois jusqu'à trois cents dans une heure; durant la période de chaleur, il y avait délire avec mouvements convulsifs de la tête, des pieds, des bras et de la mâchoire inférieure; il y avait en même temps douleur, distension de l'abdomen et défaillance. Vers la fin de l'accès, qui avait coutume de se prolonger de huit à douze heures, tous les symptômes énoncés cessaient, et la malade se trouvait bien pendant tout le temps de l'apyrexie; il y avait constamment un jour d'intervalle entre les accès. Cette maladie céda à l'emploi des purgatifs, des fébrifuges et des antispasmodiques. (*Acta natur. curios.*, dec. 2, ann. 2.)

Métro-péritonite rémittente tierce.

No 280. Madame B***, âgée de dix-huit ans, d'un tempérament sanguin, accoucha pour la première fois, dans la nuit du 17 au 18 juillet 1823, d'une fille à terme, après un travail très pénible et très douloureux, qui dura vingt-quatre heures, et ne fut dans le moment suivi d'aucune circonstance

fâcheuse. La journée du 19 se passa très bien : il n'y avait point de fièvre; les lochies, qui étaient sanguinolentes, coulaient en abondance. Les parties de la génération ayant beaucoup souffert, on y appliqua des linges imbibés d'une décoction émolliente; mais dans la soirée du 20 on laissa refroidir ces linges mouillés. L'accouchée était logée dans un appartement très humide au rez-de-chaussée, en sorte qu'elle ressentit de fortes douleurs dans l'abdomen. La matrice formait une tumeur douloureuse plus grosse que le poing, qu'on sentait très bien à travers les parois du ventre. La malade était dans une anxiété extrême; elle avait de la fièvre, beaucoup de chaleur à la peau, de la soif; les lochies avaient subitement diminué. On réappliqua des linges trempés dans la décoction émolliente chaude, et l'on fit une petite saignée. Le lendemain 21, elle était mieux; il y avait toujours de l'accélération dans le pouls, mais la douleur abdominale avait disparu et les mamelles s'étaient tuméfiées. Diète, eau de veau pour boisson. Le 22, le ventre était douloureux, le pouls accéléré, la peau chaude. La malade, très agitée pendant la nuit, avait même déliré; la langue était sèche, un peu rouge à la pointe; les mamelles étaient tellement tuméfiées qu'on eut recours à la succion d'un autre enfant. Soupe, eau de veau pour boisson, lavement. Le 23, pendant la nuit, même état, extrême agitation. La malade s'impatiente à chaque instant et s'affecte des plus petites contrariétés; le matin, elle veut se lever pour qu'on fasse son lit; elle se recouche sans qu'on eût la précaution de le faire bassiner, quoique l'appartement fût humide et les draps imprégnés de cette humidité. Aussi, peu de temps après s'être remise au lit, elle ressentit de forts frissons, puis de la chaleur, de la sueur; la peau était brûlante, la langue chargée et rouge sur les bords, l'abdomen peu douloureux, les lochies coulaient en petite quantité. Diète, eau de veau, lavement qui donna lieu à la sortie de matières noires et fétides. Le 24, la nuit a été très agitée; la malade a rêvassé; le matin, le pouls était encore très accéléré. Dans la journée, apyrexie, faiblesse, langue chargée, sueurs continuelles. Vers les cinq heures du soir, frissons, pendiculations, douleurs contusives dans les membres, sentiment de gêne dans la région précordiale, envies de vomir; les mamelles se sont ramollies, affaissées, et les lochies diminuent toujours. La période de chaleur a été très longue, accompagnée d'accablement, de découragement, au point que la malade craint de mourir. L'épigastre était brûlant, la pression de l'abdomen un peu douloureuse; cependant la matrice était dure, et continuait à former au-dessus du pubis une tumeur de la grosseur du poing. Eau gommeuse abondante pour boisson, diète, lavement. Le 25, exaltation cérébrale pendant toute la nuit, agitation continuelle, sueurs abondantes, douleur à l'épigastre, chaleur sur cette partie, langue rouge sur les bords et à sa pointe. Douze sangsues à l'épigastre, même boisson. Vers les cinq heures du soir, légère exacerbation fébrile, moins forte que celle de la veille. La nuit a été plus calme; la face est pâle, la faiblesse extrême, légère céphalalgie. Le 26, langue moins rouge, pâteuse; pas de soif; les mamelles sont gonflées; les lochies coulent de nouveau; la malade sue abondamment, et sa sueur a une odeur aigre. Les jours suivants, elle alla de mieux en mieux; elle prit de faibles doses de sulfate de quinine; on la frictionna avec la teinture alcoolique de quinquina, et on la transféra dans un autre appartement plus sec. (Bobillier, *Journal univ. de méd.*, t. XLV.)

Péritonite rémittente et intermittente, types tierce et quarte.

N° 281. Clémence B*, âgée de trente-deux ans, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, n'était accouchée que depuis deux jours, lorsqu'elle eut l'imprudence de se lever et de s'exposer au froid. Aussitôt elle ressentit du frisson dans le dos et les extrémités, des lassitudes, un état de**

malaise et d'anxiété, de la toux, de la difficulté de respirer, des douleurs sourdes et profondes dans la région hypogastrique, du dégoût, des envies de vomir, et une constipation qui durait depuis plusieurs jours. Elle fit demander chez un pharmacien quelque chose qui pût la soulager et la faire aller à la selle : une médecine lui fut administrée; une superpurgation en fut la suite, et la malade, loin d'être soulagée, avait été horriblement fatiguée par des évacuations plus fréquentes que copieuses. Elle avait passé la nuit entière dans l'agitation et l'insomnie, lorsque M. le docteur Depré fut appelé le 24 novembre 1816. Il trouva la malade plongée dans un état d'anxiété et d'abattement extrême, et parfois agitée de mouvements convulsifs; le pouls était dur, fréquent, la respiration gênée, difficile, les yeux abattus, la face pâle, les traits altérés et exprimant la douleur; il y avait dégoût, soif, envies de vomir, langue blanche, un peu sèche, chaleur âcre à la peau, abdomen volumineux et très sensible à la pression, mamelles assez volumineuses et un peu flasques; les lochies, qui avaient été très abondantes les premiers jours, coulaient en petite quantité et presque entièrement rouges. On prescrit saignée, diète, boissons délayantes, acidules, fomentations émollientes sur tout l'abdomen, lavements émollients et anodins.

La malade passe une nuit tranquille, quoique sans sommeil. Le lendemain, elle ne ressent plus de douleurs dans l'abdomen qui a diminué de volume; la figure s'est un peu épanouie, la respiration est facile, le pouls moins dur; la plupart des symptômes indiqués sont très amendés, plusieurs ont disparu. Durant la nuit du 25 au 26, après avoir dormi quelques heures, la malade éprouve de l'agitation et du malaise qui se prolonge jusqu'au matin, époque à laquelle reviennent les frissons, l'anxiété, des douleurs abdominales, vives et insupportables à la moindre pression; le pouls est serré, fréquent; les traits sont tiraillés; il y a des rots, des vomissements bilieux; les lochies coulent à peine. La malade redoute l'application des sangsues; on continue les moyens indiqués précédemment, moins la saignée. Le 27, la malade a un peu dormi, après avoir eu des sueurs très abondantes; son pouls est calme; elle éprouve une soif vive; la peau est chaude, halitueuse; elle ne ressent presque plus de douleur dans l'abdomen qui est encore un peu tendu; les lochies coulent sous forme purulente.

Dans la matinée du 28, retour du frisson, de la fièvre, du malaise, de l'anxiété, de la difficulté de respirer; des douleurs vives et comme lancinantes se font ressentir dans presque tout l'abdomen; la face est pâle, allongée, il y a prostration, abattement; le pouls est petit, serré, fréquent; les mamelles sont flasques et pendantes; il y a des hoquets, des efforts de vomissement; en un mot tous les symptômes indiqués précédemment se renouvellent, mais avec une intensité beaucoup plus grande; il y a quelques mouvements convulsifs. La malade se laisse enfin appliquer vingt sangsues sur l'abdomen; le sang coule toute la journée à l'aide de fomentations tièdes. Vers le soir, on couvre le ventre d'un large cataplasme émollient. On continue la diète, les boissons adoucissantes acidulées et les lavements émollients. Durant la nuit, point de sommeil, sueurs abondantes, agitation. Le lendemain, il y a encore un peu de fièvre, mais la malade paraît calme; les douleurs sont à peine marquées; les urines sont rouges, chargées, peu abondantes. Peu de fluides s'écoulent par les parties génitales, qui sont seulement humides. Un gros de nitre par pinte est ajouté aux boissons de la malade. Malgré le caractère pernicieux de la fièvre, on craint de donner le quinquina, vu l'état presque général d'irritation dans lequel se trouve la malade. Le soir, un peu de sommeil et quelques légères coliques. Le 30, l'accès de fièvre manque; la malade se trouve beaucoup mieux; son pouls est naturel; elle n'accuse pas de douleur; elle a toujours soif et ressent un peu d'appétit. On lui donne quelques cuillerées de bouillon. Le 1er décembre,

vers les six heures du matin, la malade se plaint d'un malaise général et de quelques coliques. Bientôt après, il survint du frisson, de la fièvre, une céphalalgie très intense et la plupart des symptômes indiqués précédemment, mais ils sont beaucoup moins intenses que durant le dernier accès. Le ventre est moins tendu; les douleurs dans cette région sont plus supportables, quoique très vives à la moindre pression. Quinze sangsues sont encore appliquées sur l'abdomen; du reste, mêmes moyens. Durant la nuit, agitation suivie de sueurs et de sommeil.

Le 2, état de calme et d'apyrexie bien manifeste; la langue est humide, la soif modérée. Craignant un accès pour le lendemain, on se décide à faire prendre du quinquina en poudre à la dose d'un gros toutes les deux heures. La malade en avait déjà pris quatre gros, lorsqu'elle se plaignit de douleurs au creux de l'estomac; on fit suspendre l'usage de ce médicament. Le 3, l'accès ne paraissant point, on continue le quinquina en décoction. Le 4, nouvel accès, mais il tarde de plusieurs heures; les symptômes en sont moins longs et moins intenses encore que la dernière fois. La nuit, un peu d'agitation et quelques douleurs vers le rein droit; sommeil de courte durée. Le 5, apyrexie; la malade ne se plaint que de faiblesse et d'une légère céphalalgie. On continue le quinquina en décoction; un peu d'appétit se manifeste. Le lendemain, on le donne en poudre; la malade en prend six gros dans la journée. Le 7, l'époque de l'accès n'est signalée que par de la chaleur sans frisson et par quelques douleurs vagues dans l'abdomen. Durant la nuit, sommeil, chaleur vive et démangeaisons. Le lendemain, éruption miliaire sur la peau du ventre, de la poitrine, principalement autour des mamelles; la transpiration est abondante et acide; du reste, apyrexie, soif, envie de manger. On donne encore quatre gros de kina dans la journée. Le 9, même état. On continue le quinquina à dose décroissante; l'éruption disparaît; l'appétit augmente, on le satisfait graduellement; les forces reviennent, et la malade se rétablit assez promptement. (Depré, D. M.)

Métro-péritonite rémittente. (Fièvre pernicieuse puerpérale intermittente.)

N° 282. M. Osiander, savant médecin de Gottingue, a établi une nouvelle espèce de fièvre pernicieuse sous le nom de *febris puerperalis intermittens perniciosa*, d'après un exemple de métrite intermittente fébrile qu'il eut occasion d'observer chez une femme de Cassel, affectée auparavant de rachitis et d'un catarrhe chronique utérin, et qui était survenue à la suite d'un accouchement très laborieux, puisqu'on avait été obligé de recourir au forceps. La fièvre pernicieuse dont il s'agit se déclara entre le troisième et le quatrième jour après les couches, et sept jours après l'invasion du premier accès la malade succomba.

L'on procéda à l'autopsie du cadavre, et l'on trouva des traces d'inflammation dans la trompe et l'ovaire de la partie droite de la matrice, tandis que la partie gauche adhérait à l'intestin rectum et au péritoine. L'ovaire gauche était presque totalement détruit, et sa surface était couverte de pus. (Alibert, *Traité des fièvres pernicieuses*, 5e et dernière édit. 1820.)

Métro-péritonite rémittente tierce. (Febris intermittens spasmos lumborum et dolores partûs simulans.)

N° 283. Le 24 janvier 1690, une femme, durant le cinquième mois de sa grossesse, fut prise tout-à-coup d'une douleur cruelle dans les lombes et l'hypogastre, et de spasmes violents qui étaient répandus sur tout l'abdomen; pendant ce temps, la malade ne pouvait rien prendre qu'elle ne le vomît aus-

sitôt; la violence des douleurs lui faisait pousser des cris plaintifs presque continuels, et semblables à ceux d'une femme qui est sur le point d'accoucher. Après trois jours de souffrance, la malade fit appeler une sage-femme, qui, croyant reconnaître les indices d'un avortement prochain, prescrivit une saignée du bras pour le prévenir; mais les douleurs n'ayant point été arrêtées, je fus appelé le 28 par le conseil de la sage-femme. D'après l'examen de la malade, d'après l'état du pouls, de la langue et des urines; d'après le rapport qu'on me fit, que les symptômes graves dont il s'agit se manifestaient tous les deux jours comme de véritables accès; enfin d'après le rapport de la sage-femme qui m'apprit que le col de l'utérus était parfaitement clos et qu'il n'en sortait pas la moindre goutte de sang, je pensai que les douleurs dont il s'agit ne présageaient point un avortement. J'ordonnai qu'on répétât la saignée et qu'on administrât à la malade, toutes les trois ou quatre heures, une potion fébrifuge avec un gros de quinquina et 14 gouttes de laudanum liquide.

Le lendemain je revis la malade, et je la trouvai presque entièrement débarrassée de ses douleurs et dans un état de santé presque complet : comme elle répugnait à prendre le quinquina en substance, je lui administrai ce médicament en teinture, avec addition de laudanum comme auparavant. Le jour suivant, il y eut encore un accès, mais il ne fut pas accompagné de vomissements et de spasmes douloureux comme les précédents. Je lui fis continuer le quinquina, en diminuant la quantité du laudanum. A l'aide de ces moyens, la malade fut bientôt entièrement délivrée de son affection; toutes les fonctions se rétablirent, l'appétit devint bon, les urines naturelles, et l'on ne vit plus reparaître aucun symptôme d'avortement. (Morton, *Opera medic.*. hist. 19.)

Métrite rémittente quotidienne.

N° 284. Durant le printemps de 1762, une dame âgée de vingt-six ans ressentit tous les jours pendant trois semaines, à une heure de l'après-midi, un froid très considérable occupant toutes les parties comprises entre le nombril, les os des iles, les fesses et le milieu des cuisses, sans s'étendre au-delà. Ce froid se faisait sentir d'une manière très incommode aux parties situées intérieurement dans la région hypogastrique; il durait deux heures, et était accompagné de douleurs vives dans l'utérus. A ce froid succédait une chaleur qui augmentait par degrés pendant quatre ou cinq heures, et qui se terminait ensuite par une sueur si copieuse dans les endroits indiqués, que la malade était obligée de s'essuyer à diverses reprises, et mouillait ainsi une grande quantité de linge. Il se faisait en même temps, par les parties sexuelles, un écoulement qu'on pouvait comparer à des fleurs blanches. A mesure que la chaleur augmentait, les douleurs utérines diminuaient; mais la malade conservait dans cette région un sentiment de pesanteur qu'elle attribuait à une descente de matrice qui cependant n'avait point lieu. Pendant quinze à dix-huit heures de la journée, la malade ne rendait pas une seule goutte d'urine, et le reste du temps fort peu. Pendant l'accès il n'y avait ni céphalalgie, ni bouche amère, ni soif, le pouls était plein sans être fréquent. Quelques saignées, peu de purgatifs, les calmants, les sédatifs et le régime guérirent la malade sans le secours du quinquina qu'elle ne put supporter. Quelque temps après que cette affection, appelée fièvre intermittente locale, eut cessé, la malade rendit encore par la vulve plusieurs verrées d'une matière fort épaisse et extrêmement fétide, contre laquelle on employa les injections détersives. Depuis ce temps cette dame a encore eu, à différentes reprises, quelques accès de sa maladie dont elle est entièrement guérie. (Auxiron, *Journal de méd.*, année 1766.)

Métrite intermittente ou rémittente quotidienne.

N° 285. Madame C***, âgé de vingt-huit ans, d'une stature élevée, d'une constitution sèche, mais robuste, accoucha heureusement dans les premiers jours de 1827. Elle ne nourrit pas. Les menstrues se rétablissent après six semaines, et reparaissent régulièrement comme auparavant jusqu'au mois de février : elles ne reviennent point alors à l'époque ordinaire, sans qu'aucune cause appréciable explique cette suspension; mais après huit jours de retard l'écoulement reparaît et est accompagné de douleurs extraordinaires qui affectent principalement la région iliaque droite, d'où elles se propagent dans le bassin et jusque dans la région iliaque opposée. Ces douleurs, dit la malade, portent sur le fondement comme dans le travail de l'enfantement; elles sont vives, lancinantes, déchirantes, durent d'une à plusieurs minutes, ne laissent entre elles que de courts intervalles, et leur violence est telle qu'elles arrachent des cris à la malade, la jettent dans un état d'anxiété inexprimable, provoquent du délire et des mouvements convulsifs. Ces phénomènes, qui avaient paru dans la matinée, se calmèrent dans le milieu de la nuit, alors que madame C***, épuisée par un état si violent, avait à peine la force de se plaindre. Elle dormit parfaitement le reste de la nuit, et le lendemain, quand elle s'éveilla, elle ne ressentit plus des accidents de la veille qu'un peu de fatigue; elle se leva et se livra aux occupations ordinaires de son ménage et de son commerce. Mais à midi, les mêmes douleurs, occupant le même siége, reparaissent avec le même caractère, la même marche, la même durée que dans l'accès précédent. Depuis cette époque, les accès revinrent tous les jours aux mêmes heures : les douleurs, d'abord faibles et rares, augmentèrent graduellement de force et de fréquence; dans leur intervalle, le sang continuait de couler, mais en petite quantité; il paraissait avec bien plus d'abondance durant l'accès. L'accoucheur, appelé le huitième jour après l'invasion des accidents, les attribua à un avortement probable; mais leur prolongation au-delà du terme accoutumé lui fit penser qu'il y avait peut-être *phlegmasie utérine*. D'après cette idée, les émissions sanguines, le repos, les fomentations et cataplasmes émollients, les boissons adoucissantes, les lavements, les demi-bains, etc., furent mis en usage; mais loin de diminuer, les accès étaient parfois plus violents. Je vis la malade le 14 mars à dix heures du soir, vingt-cinquième jour environ de la maladie. Elle était tombée dans un état de maigreur extrême; l'appétit était conservé; la langue était douce, de couleur naturelle et sans aucun enduit; la température de la peau était alors plus élevée, le pouls fréquent et irrégulier; et au milieu même de l'accès, le ventre était mou, plat, nullement sensible au toucher; la pression réveillait bien un peu de douleur dans les régions iliaque et hypogastrique, mais elle n'était pas en rapport avec la violence de celles qui avaient lieu spontanément dans ces parties. Je ne sentis rien dans ces régions, dont les parois étaient facilement dépressibles, qui pût faire soupçonner une lésion organique des ovaires ou du corps de l'utérus... Je prescrivis huit grains de sulfate de quinine en quatre pilules à prendre le lendemain, quinze dans la matinée, et ce médicament produisit les plus heureux effets : les douleurs ne revinrent pas à l'heure accoutumée; quelques unes parurent dans la soirée, mais elles étaient rares, légères, sourdes; quant au flux sanguin, il devint plus abondant, et fut le principal ou même le seul phénomène de l'accès qui devait se montrer. Le 16, même prescription. Non seulement la malade éprouve le calme le plus parfait, mais l'écoulement sanguin diminue sensiblement; il est complétement arrêté le 17. Ce jour, je prescrivis encore par précaution six grains de sulfate de quinine. La maladie avait définitivement disparu. (Duparcque, *Nouv. Biblioth. méd.*, 1828.)

Métrite, type tierce et double-tierce.

No 286. Madame Bala, âgée de quarante ans, d'un tempérament lymphatique, tombe malade le 5 août 1826. Appelé le 6, je la trouve dans l'état suivant : figure décomposée comme si la malade était alitée depuis longtemps, toux fréquente et quelquefois convulsive, fièvre légère et non encore caractérisée, bouche pâteuse, langue blanche, céphalalgie légère. Parvenue au terme d'une grossesse orageuse, la malade attend tous les jours sa délivrance. Régime léger, eau de veau, sirop de gomme, un lavement de guimauve tous les deux jours. Le 10, accouchement naturel; tous les symptômes sont suspendus jusqu'à l'invasion de la fièvre de lait : alors développement d'une maladie qui semble vouloir prendre le caractère d'une fièvre intermittente pernicieuse. Le 12, la sécrétion laiteuse n'a pas lieu; les suites de couche sont presque réduites à rien; douleurs abdominales vives, surtout à la région hypogastrique; le facies de la malade est remarquable par l'état d'abattement et d'hébétude; la langue est couverte dans le milieu d'un mucus jaunâtre; bouche amère, toux moins fréquente qu'avant l'accouchement; la fièvre a été précédée d'un frisson qui a duré une heure et demie. Prescription, pour prendre après l'accès, d'une potion avec ipécacuanha, seize grains, à prendre en deux fois à dix minutes d'intervalle; trois vomissements, très peu de bile. Lavement émollient pour le soir, fomentation *id.* sur le ventre, eau chicoracée pour boisson. Le 13, faible accès, même facies; on a une peine infinie à obtenir quelques mots de la malade, encore ne répond-elle pas juste aux questions qui lui sont posées. Même régime que le 12. Le 14, le frisson a reparu à la même heure que le 12; le ventre est toujours douloureux; cependant les lavements ont procuré deux selles assez copieuses; délire pendant la chaleur de l'accès, qui, comme celui du 12, se termine par une sueur. Prescription pour le 15 : potion avec sulfate de quinine, cinq grains, à prendre en deux fois; vin de quinquina, six onces. Le 16, la fièvre a reparu, mais bien moins forte; les lochies ont un peu coulé dans la journée du 15; la langue est noire, sèche, comme écailleuse dans son milieu; les dents sont noires et ont le poli et la dureté de l'ivoire; déglutition gênée par une éruption qui tapisse l'arrière-bouche et la gorge; le délire existe toujours, mais il est calme; des lavements ont procuré des selles; le ventre, qui est toujours couvert de fomentations émollientes, est bien moins douloureux. Gargarisme adoucissant, sirop de gomme, eau chicoracée, quinze grains de sulfate de quinine, pour prendre le 17; point de fièvre ce jour-là. La bouche se déterge un peu, la déglutition est plus facile. Même prescription le 18. Il n'y a eu qu'un faible ressentiment de fièvre; l'éruption de l'arrière-bouche se dissipe, mais elle paraît s'être étendue à l'estomac, car, après des quintes de toux, la malade, sans beaucoup d'efforts, vomit quelques petites parties de fausses membranes semblables à celles rendues avec le gargarisme. Quoiqu'il n'y ait plus de fièvre le 19, il y a toujours incohérence dans les idées, et surtout point de mémoire; les douleurs abdominales ont disparu. Pour le 20 laxatif avec huile de ricin et jus de citron. Plusieurs selles; le goût commence à revenir. Le 21, sulfate de quinine à dose moindre. Je permets de légers aliments; le malade va de mieux en mieux. Elle a eu deux faibles rechutes pendant sa convalescence; le sulfate de quinine a été continué pendant quinze jours à petites doses. Cette malade n'a commencé à recouvrer la mémoire que du 15 au 20 septembre. Alors elle ne se souvenait, disait-elle, de m'avoir vu qu'une fois avant son accouchement. Les dents incisives supérieures ont conservé la couleur noire et un très beau poli pendant six mois. Cette couleur s'est dissipée lentement, et en passant par toutes les nuances avant d'arriver au blanc. (Thomas, *Nouvelle Biblioth. médic.*, 1828.)

Métrite rémittente tierce.

N° 287. Une femme, parvenue depuis une année à l'époque critique, éprouvait depuis quelque temps une fièvre intermittente tierce ; l'heure de l'invasion des accès, quoique varié, avait lieu pendant la nuit ou de très grand matin ; les accès étaient marqués par un frissonnement qui se faisait sentir aux pieds et aux lombes, et qui était suivi d'une chaleur halitueuse qui continuait pendant la matinée : durant cette période de l'accès, dureté extrême du pouls, coloris du visage, douleur gravative de la tête, sensibilité de la région de l'utérus, et par intervalles irréguliers, légère hémorrhagie utérine.

Dans quelques circonstances où les symptômes, excepté l'hémorrhagie, étaient très intenses, une saignée du pied a produit un soulagement marqué et une cessation passagère de l'accès. Les symptômes dont on vient de parler se sont ainsi répétés tous les deux jours, pendant près de quatre mois, avec un caractère variable pour l'heure de leur invasion et pour leur intensité. Le traitement a été dirigé de manière à avoir plus d'égard à l'état de la matrice qu'à celui de la fièvre intermittente. On a prescrit des boissons délayantes et légèrement acidulées, et par intervalle, un grain d'extrait d'opium dans un verre d'une eau émulsionnée et sucrée. Le frisson a disparu peu à peu, et il n'est resté qu'une sorte de paroxysme en chaud, qui a fini même par disparaître une quinzaine de jours après ; mais, quoique la fièvre ait cessé, il reste toujours une sensibilité douloureuse dans la matrice, ce qui demande des attentions particulières de régime. (Pinel, *Nosographie*, tome I[er].)

Métrite intermittente tierce. (Fièvre pernicieuse délirante.)

N° 288. Jeanne Court, cuisinière, âgée de vingt-quatre ans, est accouchée il y a environ dix mois, et conserve depuis cette époque une douleur sourde et habituelle à la région lombaire gauche. Cette douleur, qui semble appartenir à l'ovaire, augmente ordinairement par un travail plus pénible que de coutume. Les règles n'ont pas reparu depuis l'accouchement, et la malade n'a rien fait pour les rappeler ni pour combattre la douleur de côté, qui augmente sensiblement chaque jour. Le 1[er] février dernier, il se joint à cet état un sentiment de malaise général et de courbature, avec fièvre, céphalalgie violente, accidents que l'on cherche à combattre par l'application de quarante sangsues sur le point primitivement douloureux, par des cataplasmes et des lavements émollients, par des boissons délayantes. Le 2, les sangsues ont coulé toute la nuit avec abondance, on a même eu beaucoup de peine à arrêter le sang. La malade est considérablement affaiblie. Malgré ce traitement la fièvre persiste, et de continue qu'elle était d'abord, elle affecte aussitôt le type intermittent. Dès ce moment, il se manifeste un nouvel ordre de symptômes.

Appelé pour la première fois le 4 février au soir au moment où j'étais absent, j'appris en rentrant chez moi qu'il avait été impossible de m'attendre ; que la malade était dans une agitation extrême, dans un délire effrayant, que l'on avait craint même qu'elle ne succombât la nuit. Comme l'on avait fait venir un autre médecin, j'attendis que l'on me prévînt. Mais le lendemain la malade était mieux, et on la croyait pour ainsi dire guérie, lorsque le surlendemain 6 un nouvel accès eut lieu, avec des symptômes encore plus graves que ceux de l'avant-veille. Je suis appelé de nouveau, et trouvai la malade dans l'état le plus inquiétant. La pupille est très contractée, les yeux brillants ; les mâchoires fortement serrées opèrent sur les arcades dentaires un grincement continuel, et permettent à peine d'introduire quelques cuillerées

de liquide dans la bouche. Il y a en même temps délire, loquacité perpétuelle, agitation, carphologie, soubresauts, pouls fréquent, petit, irrégulier; face pâle et couverte de sueur. Il est impossible de voir l'état de la langue. Tout l'abdomen semble douloureux à la pression. Potion avec eau distillée de laitue, trois onces; sirops d'éther, de capillaire, une demi-once; eau de fleurs d'oranger, deux gros; orangeade pour boisson habituelle; cataplasmes sinapisés aux pieds; application de compresses d'oxycrat sur le front. Le lendemain 7 la malade est sans fièvre; la peau est douce, moite; la langue humectée et presque dans l'état naturel. L'appareil de symptômes dont je viens d'être témoin, joint aux renseignements que j'avais acquis sur les circonstances précédentes, ne laissent aucun doute sur le caractère intermittent de la maladie. En conséquence je fis aussitôt ajouter à la potion prescrite quinze grains de sulfate de quinine. Dès ce moment la fièvre et tous les accidents qui l'accompagnaient n'ont pas reparu, et la malade est entrée de suite en convalescence. La douleur qu'elle éprouvait à la région de l'ovaire a entièrement cessé après l'application de ventouses scarifiées. (Jolly, *Nouvelle Bibliothèque médic.*, 1828.)

Métro-péritonite rémittente et intermittente tierce. (Maladie périodique apyrétique de l'auteur.)

No 289. Mademoiselle D***, âgée de quarante-huit ans, encore réglée, d'un embonpoint très considérable, d'un tempérament lymphatico-sanguin, sujette aux hémorroïdes, a éprouvé depuis plusieurs années des douleurs abdominales lombaires plus ou moins vives vers l'approche des menstrues. Des sangsues et des bains avaient toujours été efficaces jusqu'à ce jour; mais, pour cette fois-ci, ces moyens devinrent inutiles. Une douleur fixe et vive se fit sentir le 8 août à l'hypogastre; elle avait été précédée de malaises, de douleurs vagues dans l'étendue de l'abdomen; le pouls était fréquent, cencentré, la face rouge, les yeux animés. Diète, boissons délayantes. Les douleurs augmentent graduellement d'intensité les jours suivants; j'applique vingt sangsues, d'abord aux parties sexuelles, ensuite à l'anus; les douleurs se calment momentanément, mais reparaissent deux jours après avec plus de violence. J'applique de nouvelles sangsues au périnée; je fais prendre des demi-bains tièdes, des lavements; j'insiste sur la diète et les boissons délayantes. Les douleurs se calment par intervalles, mais reviennent avec plus ou moins de force. Le 15, une congestion sanguine manifeste existe vers les parties supérieures; la face est animée, rouge, la poitrine oppressée; la malade crache du sang. Je voulus faire une saignée du bras, mais mademoiselle D*** ne voulut point y consentir. Je couvris l'abdomen d'une trentaine de sangsues. Une amélioration manifeste et très prompte eut lieu pendant l'écoulement des piqûres. Deux jours se passent assez bien. Le 18, nouvelles douleurs hypogastriques; elles sont si violentes, qu'elles déterminent des mouvements convulsifs; la malade, dans une extrême agitation, ne peut trouver aucune position favorable; les crachats étaient encore un peu sanguinolents et la figure animée; le pouls, pendant tout cet orage, conservait son rhythme naturel. J'applique de nouveau quinze sangsues au périnée. La menstruation s'établit enfin, et nous fait espérer la cessation totale des douleurs; mais le calme ne fut pas de longue durée. Le 20, à quatre heures du soir, une nouvelle colique, aussi intense que celle de la surveille, se manifeste tout-à-coup. L'éther, l'opium, ne peuvent diminuer la violence des douleurs. Vers dix heures du soir, calme; la nuit se passe assez bien; l'écoulement menstruel, arrêté pendant les vives douleurs, reprend son cours. La malade prend, pendant toute la journée du 21, des boissons légèrement antispasmodiques, de l'eau de tilleul, de feuilles d'oranger, etc., etc., deux la-

vements. Les douleurs augmentent vers six heures du soir; mais elles sont très supportables et de peu de durée. Le 22, à la même heure que le 20, des coliques atroces se manifestent, et rien ne peut en apaiser la violence. Ce n'est que vers minuit qu'elles se calment. La marche périodique de cette maladie me détermina à administrer la potion stibio-opiacée de Peysson; ne l'ayant point encore employée dans des circonstances pareilles, je doutais de son efficacité, et je me proposais de recourir, malgré ma répugnance, au quinquina ou au sulfate de quinine, si l'accès prochain n'était point diminué d'intensité. Mais quelle fut ma surprise de voir que, depuis l'usage de cette potion, les accès de douleurs ne reparurent plus! Il est à remarquer que ce remède avait déterminé un grand nombre de selles, sans avoir nullement fatigué la malade. Depuis cette époque, mademoiselle D*** jouit d'une bonne santé; elle n'éprouve que des douleurs légères aux lombes et à l'hypogastre vers les époques menstruelles. (Jourdain, *Journal général de méd.*, t. LIV.)

Métrite rémittente quarte. (Fièvre pernicieuse.)

No 290. Une religieuse, âgée de soixante-cinq ans, portait depuis plusieurs années une tumeur comme squirrheuse de la matrice, sans qu'elle en éprouvât beaucoup d'incommodités; mais, vers la fin du mois d'août 1729, il lui survint de la fièvre dont elle supporta plusieurs accès, livrée à ses propres soins. Comme son affection devenait de jour en jour plus grave, la malade demanda les secours de l'art. L'examen attentif de la maladie ayant fait voir que la fièvre était beaucoup plus forte de quatre jours en quatre jours, on reconnut facilement une fièvre quarte dont les accès étaient accompagnés de défaillances fréquentes, de douleurs dans le bas-ventre et à l'estomac. On prescrivit des remèdes convenables, on pratiqua une saignée qui était bien indiquée, vu que la malade y était habituée et qu'on lui en avait souvent pratiqué l'année précédente, pour dissiper l'état pléthorique dans lequel elle se trouvait. La fièvre cependant continua de telle sorte qu'elle était toujours beaucoup plus violente chaque quatrième jour. Au septième accès, elle fut tellement tourmentée par une diarrhée bilieuse, des efforts de vomissement avec des douleurs considérables dans le bas-ventre, des défaillances, un pouls languissant, une sueur froide, qu'il semblait qu'elle allait succomber. On vit tout le danger que courait la malade, et dans la crainte qu'il ne survînt de nouveaux accès qui la fissent périr on administra le quinquina dont on répéta plusieurs fois l'usage. A l'aide de ce médicament la malade fut bientôt délivrée de sa fièvre; la tumeur de la matrice est restée stationnaire, elle n'a plus changé ni augmenté, mais la malade a continué à vivre avec beaucoup plus de tranquillité et d'espoir de guérison qu'auparavant. (Torti, *Therapeut. spec.*, hist. 12.)

Néphrite rémittente quotidienne. (Fièvre larvée de Morton, fièvre pernicieuse néphrétique de M. Alibert.)

No 291. Une veuve d'une constitution robuste était sujette, depuis plusieurs années, à des affections hystériques et néphrétiques qui revenaient à de longs intervalles. Elle avait déjà rendu plusieurs calculs du rein. A l'âge de quarante ans, ayant cessé d'être réglée et de se purger, comme elle en avait l'habitude, elle ressentit des douleurs atroces dans les lombes, et des spasmes qui revenaient à peu près tous les jours vers le soir. Elle avait consulté, pendant trois mois, plusieurs médecins, qui l'avaient traitée, tantôt pour une néphrite, tantôt pour une suppression de règles; mais comme les douleurs néphrétiques continuaient à revenir régulièrement et se montraient

si violentes, que la malade tombait parfois en syncope durant les accès, et que ses extrémités devenaient froides, on fit appeler Morton. Ce célèbre praticien fit d'abord administrer un lavement purgatif; il fit pratiquer une saignée de huit onces au bras du côté malade ; il ordonna son apozème néphrétique et un julep calmant; mais s'étant aperçu le troisième jour que l'urine était rouge et sédimenteuse, et que la maladie avait un caractère périodique, il fit prendre à la malade un gros de quinquina toutes les quatre heures, avec quelques gouttes de laudanum liquide ; après trente heures, l'urine avait repris sa couleur naturelle, la disposition à vomir avait cessé; les douleurs néphrétiques avaient considérablement diminué ; dès ce moment, le danger fut passé. Morton prescrivit encore divers moyens propres à chasser les calculs que les reins pouvaient contenir, et à rappeler les règles supprimées. Une guérison complète fut enfin le résultat du traitement employé. (Morton, *Opera omnia*, hist. 28.)

Néphrite intermittente quintane.

N° 292 Lémery (Journal des savants) rapporte l'exemple d'une violente colique rénale qui revenait régulièrement chaque quatrième jour.

Colo-néphrite intermittente type octane.

N° 293. M. Becuwe, élève en pharmacie, âgé de vingt ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, avait reçu, à l'âge de quatorze ans, un coup dans la région iliaque gauche pour lequel il avait été obligé de garder le lit pendant plusieurs jours. Depuis lors, quoique très bien portant, il avait quelquefois ressenti dans cette région une douleur assez vive qui se dissipait bientôt d'elle-même, et restait six mois ou un an sans reparaître. Le 1er décembre 1822, un dimanche, à la suite d'une diarrhée légère qui avait duré deux jours, cette douleur, qu'il avait plusieurs fois éprouvée, lui revint avec violence vers les cinq heures du soir. Fixée comme toujours dans la région iliaque gauche, elle était continue, déchirante, et s'étendait jusqu'aux reins ; des tiraillements se faisaient sentir dans les testicules, ce qui l'obligeait à se servir d'un suspensoir; la sécrétion urinaire était diminuée, le pouls plein et fréquent. Ces symptômes se prolongèrent toute la nuit, et ne s'apaisèrent que dans la matinée du lendemain. Alors le médecin consulté lui fit faire une saignée de douze onces. Le calme fut parfait jusqu'à sept heures du soir ; mais tout-à-coup les douleurs reparurent avec la même intensité On appliqua de suite vingt sangsues sur l'endroit douloureux. Les souffrances diminuèrent, le malade s'endormit, et se leva le matin totalement délivré de son mal. Il fut bien portant jusqu'au vendredi suivant, eut alors cinq à six selles liquides, et autant le samedi, ce qui néanmoins le dérangeait à peine. Le dimanche, à la même heure, l'accès reprit en tout semblable au précédent ; mêmes symptômes, même durée ; on répéta la saignée. L'accès terminé, le malade se retrouva aussitôt en bonne santé et continua de l'être jusqu'au dimanche suivant, excepté pourtant la diarrhée qui s'est constamment manifestée deux jours avant les douleurs. Ces accès se renouvelèrent ainsi pendant trois mois, tous les dimanches, laissant entre eux l'intermission la plus complète. Une troisième saignée, un régime approprié, et enfin l'usage du quinquina, que le type périodique avait fait juger nécessaire, étaient restés sans influence, et n'avaient produit aucun changement sensible. Le jeune homme en était extrêmement tourmenté, d'autant plus que ce maudit accès le retenait au lit précisément le jour où, libre de son travail, il lui était permis d'aller se distraire par quelques plaisirs. A cette époque je fus consulté. Voyant l'inutilité des moyens que l'on avait employés jusqu'alors, je conseillai les bains généraux dans l'espoir

par là de changer l'ordre vicieux des mouvements organiques qui, comme par une espèce d'habitude, tendaient toujours à ramener régulièrement les mêmes troubles dans les viscères. Pendant la première semaine, je lui fis prendre un bain chaque jour; la diarrhée parut encore. Le dimanche, à l'heure ordinaire, au moment où quelques douleurs, un pouls plein et fréquent, semblaient être le prélude d'un nouvel accès, je le fis plonger dans le bain; il s'y trouva à merveille. L'accès, pour ainsi dire enrayé dans sa marche, n'arriva pas, et le malade put jouir cette nuit-là des douceurs d'un sommeil non interrompu. Il prit alors trois bains la semaine suivante, et un quatrième le dimanche, peu de temps avant le moment présumé où devait arriver l'accès ; il fut ce jour parfaitement tranquille, et n'eut aucune douleur. Après avoir continué l'emploi de ces bains pendant un mois, je les fis cesser pour m'assurer si l'*altération morbide* que je cherchais à combattre était tout-à-fait détruite. Le premier dimanche, quelques frissons (ce qu'il n'avait jamais éprouvé), et un peu d'accélération dans le pouls, furent les seuls symptômes qui se présentèrent; deux heures après il en était débarrassé. Depuis lors il n'a plus rien senti de ses accès; la diarrhée a disparu, et jusqu'aujourd'hui aucun phénomène morbide n'a troublé sa santé. (Marcq, *Annales de la méd. phys.*, 1823.)

Néphrites intermittentes mensuelles.

No 294. Vitus-Ridlinus a observé un malade auquel il survenait, tous les mois, à des époques déterminées, des douleurs de reins qui se soutenaient avec une extrême violence pendant quelques jours, et qui disparaissaient ensuite. (*Inter. medic.*, p. 34.)

Gabrieli rapporte qu'une dame âgée de cinquante ans éprouvait des douleurs cruelles qui se faisaient sentir dans les reins tous les mois. Ces douleurs étaient occasionnées par la présence de graviers dans ces organes; elles attaquaient la malade à des jours et à des heures fixes. (*Dec.* 3 *ann* 7, 8, p. 308.)

Cystite rémittente, type tierce. (Fièvre pernicieuse cystique de l'auteur.)

No 295. M. N***, chirurgien, âgé de quarante-deux ans, grand, robuste, et habituellement atteint de quelques affections des voies urinaires qui lui font craindre une fâcheuse disposition aux hémorroïdes de la vessie, a constamment éprouvé dans toutes ses maladies quelques lésions de cet organe. Après les deux accès en tierce, précurseurs de la pernicieuse, il éprouva les symptômes de la cardialgique, mais à un faible degré. Il souffrait particulièrement de la partie inférieure du ventre, comme s'il eût eu une espèce de colique; il souffrait aussi de la vessie, mais faisait peu d'attention à ces douleurs, croyant qu'elles étaient relatives à son infirmité habituelle. M. N*** n'ayant pas voulu permettre l'administration du quinquina sans le préalable d'un minoratif qu'il se prescrivit lui-même, le quatrième accès fut beaucoup plus violent que le précédent. Il n'y eut point de cardialgie, et les douleurs intestinales furent légères; mais elles se manifestèrent, et devinrent bientôt atroces à la région des reins et à celle de la vessie. Le malade était tourmenté d'un désir continuel d'uriner, accompagné de vives douleurs et d'une grande sensibilité à l'hypogastre, avec appréhension du contact, comme s'il avait eu une rétention d'urine complète; il urinait cependant à des intervalles réguliers, et les urines étaient naturelles, tant pour la qualité que pour la quantité. M. N***, après avoir fait usage de bains de siége, de fomentations émollientes et d'une émulsion nitrée en tisane, sans éprouver aucun soulagement, se laissa enfin persuader par M. Jonquet de renoncer à sa méthode antiphlo-

gistique, parfaitement inutile contre cette prétendue inflammation du bas-ventre. Il prit alors une potion calmante opiacée qui produisit un bon effet, ou plutôt le calme survint par la terminaison naturelle de l'accès, au bout de six à huit heures de durée. Lorsque la rémission fut complète, M. N***, reconnaissant parfaitement la nature de sa maladie, consentit à faire usage du quinquina; mais il voulut s'administrer une potion dans laquelle il avait beaucoup de confiance, et qui consistait à ajouter dix grains de sel d'absinthe à un gros de quinquina délayé dans du vin blanc. Dix gros de cette préparation suffirent pour prévenir le retour de l'accès suivant; mais M. N***, n'ayant pas continué l'usage de ce remède dans la crainte d'exaspérer sa maladie de vessie, et ayant pris des lavements pour se rafraîchir, disait-il, éprouva une rechute au dixième jour de sa convalescence. La fièvre marcha de la même manière que la première fois; mais l'affection de la vessie fut plus grave et de plus longue durée, le malade s'étant encore refusé à l'administration prompte du quinquina. (Coutanceau, *Notice sur les fièvres pernicieuses.*)

Urétro-cystite rémittente tierce.

No 296. Un jeune homme très robuste, bien constitué, d'un tempérament sanguin, fort replet, très grand mangeur et très ardent pour les femmes, avait eu plusieurs gonorrhées qui avaient cédé aux saignées, aux délayants et à quelques préparations mercurielles, aidés d'un régime sévère. Six mois après ayant eu une nouvelle gonorrhée et séduit par les promesses d'un charlatan qui voulut le guérir sans l'astreindre à aucun régime, il prit pendant trois mois une liqueur qui l'échauffa beaucoup; l'écoulement supprimé, il suintait de l'urètre, surtout le matin, une matière jaunâtre dont la quantité augmentait à la suite des exercices violents, de l'usage des femmes, et des excès de boire et de manger. Cette matière était alors verdâtre ou teinte de quelques filets de sang; les urines paraissaient brûlantes et sortaient toujours après certains efforts; elles étaient légèrement ambrées, un peu troubles; on y apercevait des filaments blanchâtres, et elles déposaient un sédiment visqueux d'un blanc sale. Un jour d'automne, pendant une partie de chasse, ayant reçu une grande pluie, à l'instant il ressentit un malaise général, auquel succéda un long frisson, qui fut suivi de nausées, de vomissements, de douleurs très vives en urinant et d'une fièvre des plus fortes; quand on le ramena chez lui, il commençait à délirer. Il fut saigné et mis à l'usage d'une limonade légère; la nuit fut assez tranquille, et le lendemain il n'y eut point de fièvre; mais le surlendemain il survint un nouvel accès également précédé de frissons et accompagné d'un délire léger. Le malade était pléthorique, une seconde saignée fut pratiquée; les urines coulent alors avec la plus grande facilité; le suintement de matière muqueuse de l'urètre, qui avait reparu, se dissipa presque entièrement ainsi que la fièvre; mais elle revint de deux jours l'un : le frisson commençait communément entre onze heures et midi. Au bout d'une quinzaine, cette fièvre, qui paraissait être de la nature des intermittentes, fut traitée par les fébrifuges, et surtout par le quinquina en substance. La fièvre devint presque continue; les urines coulaient plus difficilement; elles étaient plus brunes et plus fétides; les environs de l'anus et du périnée étaient plus douloureux. Il fut impossible de ne pas reconnaître que la fièvre dépendait de l'état inflammatoire de l'urètre et de la vessie. On fit appliquer à plusieurs reprises des sangsues au fondement; on ordonna le petit-lait, les émulsions, les doux laxatifs, les lavements, les bains, et enfin tous les antiphlogistiques, et particulièrement l'usage des bougies. Au bout de peu de jours la fièvre disparut et les urines reprirent une belle couleur.

Le malade, pendant plusieurs années, n'éprouva que de loin en loin quelques accès de fièvre; l'automne, il ne pouvait guère rester une heure dans un endroit froid et humide sans sentir un frisson suivi d'un accès de fièvre. Il eut fréquemment des écoulements abondants de l'urètre, que l'on aurait pu regarder comme des gonorrhées récentes; ils survenaient ordinairement chaque fois que le malade sacrifiait à Vénus; ils ont toujours cédé aux saignées et aux délayants. Enfin les accès de fièvre revinrent de loin en loin, et chaque fois que le malade ayant cessé de s'astreindre au régime et à l'usage des bougies et des sondes, l'écoulement des urines devint difficile, douloureux, et accompagné d'écoulement de matières muqueuses et blanchâtres. (Benjamin Bell, *Traité de la gonorrhée*, t. I.)

Urétrite intermittente.

N° 297. Un homme d'environ cinquante ans, d'un tempérament robuste, se servait, pour une maladie des voies urinaires, d'un cathéter; il se blessa l'urètre un peu en-deçà de la prostate; il en ressentit une douleur très vive, il perdit même plusieurs gouttes de sang. Quelques heures après, il fut saisi de froid, puis de chaud, avec les symptômes particuliers à ces périodes; enfin la sueur succéda, et à celle-ci l'intermittence. Il eut environ dix paroxysmes de la même nature; ils ne furent vaincus que par le quinquina. Deux ans après, se servant, comme la première fois, du cathéter, le malade heurta encore l'urètre au même endroit; il ressentit de même une douleur très vive et perdit encore du sang; il fut atteint de la même espèce de fièvre, avec froid, chaud et sueur : huit paroxysmes se succédèrent ainsi, avec des périodes plus ou moins longues d'intermittence. Cette fièvre fut domptée, comme auparavant, par le quinquina. Trois ans après, le malade se trouva encore dans la nécessité de recourir au cathéter. Nouvelle lésion de l'urètre, nouvelle douleur, nouveau paroxysme de fièvre, avec froid, chaud et sueur; il se renouvelle trois fois, et la guérison est encore opérée par le quinquina. Peu corrigé par l'expérience, cet homme, quelque temps après, se sert encore du cathéter; il y met beaucoup de maladresse, se cause une douleur si considérable à l'urètre, que la fièvre dont il est promptement atteint fut accompagnée des symptômes d'une véritable fièvre pernicieuse : vomissements violents, diarrhée, douleurs de tête insupportables, mêmes douleurs aux jambes, aux genoux, délire. Je lui prescrivis, pour chaque heure, un gros de quinquina; il le rendait par le vomissement. J'y ajoutai l'opium, et je fus contraint d'en porter la dose à dix grains par jour; mais à peine pus-je obtenir par son moyen un peu de diminution dans les symptômes. Les eaux spiritueuses, la liqueur anodine, le vin généreux, n'avaient pas plus de succès. Je réussis mieux avec la potion anti-émétique de Rivière; par son action, je pus faire retenir des doses énormes de quinquina, que l'estomac menaçait de rendre à chaque instant. Peu à peu, et après dix-huit accès, la violence des symptômes alla en diminuant, les périodes d'intermittence s'allongèrent, et le malade, après avoir pris des doses extraordinaires de quinquina et d'opium, fut parfaitement guéri. (Giannini, *Traité des fièvres*, t. I.)

Les exemples d'hépatites, d'hépato-gastriques périodiques que nous devons à MM. Chauffard, Delbosc et Martinet, contiennent assez de détails pour qu'on puisse reconnaître le siége et la nature de ces affections; dans le premier cas d'ailleurs l'autopsie vient confirmer le diagnostic qu'il était facile de porter

durant la vie de la malade dont le traitement, avant qu'il fût soumis à l'observation de M. Chauffard, n'avait point été rationnel et physiologique. On s'était obstiné à poursuivre par le quinquina l'être appelé *fièvre intermittente* sans s'inquiéter de l'état du tube digestif et de ses annexes ; la stimulation excessive et plusieurs fois répétée de la muqueuse gastro-duodénite et du foie, dont les relations avec cette membrane sont si étroites et tout-à-fait immédiates par l'embouchure du canal cholédoque, rend facilement compte des altérations organiques trouvées après la mort. Celles du cerveau et de ses membranes s'expliquent par les influences sympathiques très prononcées d'une congestion hépato-gastrique périodique et fébrile. Si l'on a trouvé l'altération du foie beaucoup plus profonde et plus ancienne que celle de la muqueuse digestive, cela tient à l'organisation particulière de cet organe, dont l'engorgement renouvelé ou plutôt augmenté par chaque frisson fébrile a dû persister dès les premières récidives de la gastro-entérite, qui seule disparaissait d'un accès à l'autre dans les premiers temps de l'affection dont il s'agit. Mais la persistance de l'hépatite et l'abus du quinquina ont ensuite rendu la gastro-entérite continue, avec des rémittences si peu sensibles que la langue restait rouge et sèche, la peau chaude, la région de l'estomac et du foie sensible à la pression. Personne ne disconviendra qu'on eût dû traiter cette maladie par les moyens antiphlogistiques locaux et généraux très énergiques, sans s'inquiéter des redoublements fébriles périodiques. L'âge de la malade, les symptômes évidents de l'hépatite et de la gastro-entérite en faisaient une loi et contre-indiquaient toute ingestion du quinquina, surtout par la voie de l'estomac. Ce n'est qu'après avoir amendé ou dissipé les symptômes d'irritation hépato-gastrique qu'on eût pu en essayer l'usage en lavements dans les cas où des redoublements fébriles périodiques auraient persisté après l'emploi méthodique des moyens antiphlogistiques.

Dans l'observation de Delbosc, sous le n° 268, il s'agit d'un homme atteint d'hémorroïdes, et chez qui ce flux habituel fut arrêté par une cause quelconque. Dès lors il fut sujet à la fièvre d'accès ; les redoublements fébriles eurent d'abord lieu chaque soir, et furent caractérisés par une douleur qui de l'hypocondre droit, où elle se faisait particulièrement sentir, se dirigeait vers l'omoplate ; il y avait en même temps une grande démangeaison à la peau, qui présentait une couleur jaune ; les urines étaient

rougeâtres ; les selles, tantôt liquides, tantôt en crottins durs. Les redoublements présentèrent ensuite le type tierce ; quelquefois il y avait entre eux un intervalle de deux ou trois jours ; mais ce qu'il y eut de constant et de remarquable dans cette affection, c'est la douleur de l'hypocondre droit, prolongée à l'épaule du même côté, de manière à gêner considérablement les mouvements du bras. La fièvre était dans toute sa force au moment où l'irritation du foie se manifestait par une douleur plus aiguë ; quand celle-ci diminuait la fièvre déclinait dans la même proportion, et jamais il n'y avait d'accès fébrile sans qu'une douleur plus ou moins vive ne se fît sentir dans la région du foie. La sueur qui suivait l'accès était surtout très abondante sur le côté droit du corps. Enfin, la crise de la maladie se fit par des coliques violentes suivies d'évacuations alvines d'un jaune verdâtre et d'une odeur très fétide. Depuis lors plus de fièvre ni de douleur hépatique ; l'appétit revint, et toutes les fonctions se rétablirent peu à peu. N'est-il pas facile de reconnaître le siége et la nature de cette affection, et de juger si le rôle de la fièvre n'est pas ici tout-à-fait accessoire et secondaire ?

L'intumescence du foie, sous le nº 269, indiquait manifestement la lésion de cet organe ; or, on ne peut pas dire que la fièvre, qui n'est survenue qu'après le développement de l'hépatite, soit la cause de celle ci ; car l'effet précède-t-il la cause ? n'est-ce pas le contraire qui a lieu ?

Le fait que M. Martinet a consigné dans la Bibliothèque médicale est remarquable par le type de l'hépatite et de l'ictère qui se renouvellent tous les mois, à l'époque des règles, chez une femme de cinquante-trois ans. Dans l'intervalle des attaques périodiques, la malade se porte bien. Chacune d'elles est quelquefois précédée de frisson, mais toujours caractérisée par des douleurs, qui, après s'être fait sentir à la plante des pieds, montent aux genoux, aux cuisses ; puis, à la suite d'une chaleur brûlante ressentie dans la région hépatique, le foie se gonfle et devient très douloureux. Enfin, tous les signes de l'hépatite ne tardent pas à se manifester si on ne la prévient ou si on ne lui oppose promptement des applications de sangsues sur la région du foie ou à l'anus. Quand ces applications sont faites à propos, l'hépatite avorte, et la malade est promptement débarrassée jusqu'au mois suivant. Il est impossible de méconnaître ici une congestion inflammatoire périodique du foie qui, chez une femme arrivée

à l'époque critique, vient remplacer l'afflux sanguin auquel peu de temps auparavant, et à la même époque, la matrice était sujette.

Les deux observations rapportées sous les nos 272 et 273 sont remarquables, dit M. Nelet qui les a recueillies à l'hôpital de la Pitié de Paris, par la cause qui semble avoir déterminé l'apparition des symptômes fébriles ; aussi ai-je cru devoir les rapporter avec détail ; elles militent fortement en faveur de l'opinion de ceux qui voient dans l'engorgement de la rate la cause de la fièvre intermittente. En effet, dans le premier cas il s'agit d'un homme, robuste et sain d'ailleurs, qui tombe d'une certaine hauteur sur l'hypocondre gauche, où il éprouve aussitôt une vive douleur ; cette douleur continue à se faire sentir par le plus léger effort ; bientôt, à la suite d'un repas, il survint un peu de fièvre et une sensibilité plus marquée de l'hypocondre ; puis, à des jours et à des heures déterminés, la fièvre devient très prononcée ; elle se caractérise en accès, avec frisson, chaleur et sueurs, pendant lequel la douleur de la rate se fait sentir beaucoup plus vivement. Cet organe examiné de près et limité avec le plessimètre, a cinq pouces dans le sens vertical et quatre et demi dans le sens transversal ; il est épais et douloureux à la pression dans toute son étendue. On prescrit une saignée et l'application de quarante sangsues sur le point douloureux. Le lendemain, accès fébrile aux mêmes heures ; mais la douleur de la rate est moins sensible ; appétit dans l'intermittence. On prescrit quinze grains de sulfate de quinine ; l'accès devient moins fort, le volume de la rate est diminué d'un pouce et demi de haut en bas et d'un pouce d'avant en arrière : la sensibilité à la pression est moins marquée. On continue le sulfate de quinine, la fièvre disparaît ; il ne reste plus dans la rate qu'un peu d'engorgement sans douleur : toutes les fonctions s'exécutent comme en santé. Même cause, mêmes effets dans la deuxième observation ; traitement et guérison semblables. Nul doute selon nous qu'ici la cause déterminante de la fièvre d'accès ne soit la lésion de la rate. Nous ne voulons pas dire que cette lésion soit intermittente comme la fièvre ; non, il est rare que les organes parenchymateux, surtout le foie et la rate, puissent se débarrasser si rapidement d'une congestion sanguine, suite d'un coup ou d'une meurtrissure quelconque, parce qu'une inflammation, même légère, dans les organes dont il s'agit, ne se termine point aussi facilement,

aussi rapidement que dans les tissus membraneux, cutané, synovial, séreux et muqueux; dans ceux-ci au contraire, une simple congestion, une irritation sanguine, peuvent disparaître en moins de quelques heures et plusieurs nuances d'inflammation aiguë peuvent se terminer par délitescence en moins de vingt-quatre heures; voilà ce qui résulte des faits nombreux que nous avons rapportés et de l'expérience d'un grand nombre de praticiens recommandables. Aussi, dans tous les exemples de splénites, d'hépatites, de néphrites et de métrites périodiques, que nous avons recueillis, pensons-nous qu'il n'y a de vraiment périodique et intermittent que les redoublements morbides ou les exacerbations inflammatoires des organes malades, exacerbations ou redoublements qui, par l'influence sympathique qu'ils exercent sur le cœur, le cerveau, et surtout la muqueuse digestive, provoquent les phénomènes nerveux, fébriles et gastriques, qui constituent les accès fébriles.

On conçoit qu'ici la fièvre soit intermittente avec une lésion locale rémittente, parce que la rate, le foie, la matrice, etc., peuvent conserver un engorgement chronique ou une lésion latente, sans influence sur les principaux viscères et les centres nerveux, par conséquent sans fièvre. Mais si l'état aigu et passager de souffrance de l'organe dont il s'agit, persistait à un certain degré, alors la fièvre intermittente deviendrait rémittente, et même elle passerait à la continuité si la lésion organique locale conservait une activité et une intensité plus ou moins grandes.

Dans les deux faits dont il s'agit, nous avons donc deux splénites rémittentes avec des accès fébriles intermittents qui sont le résultat de l'exacerbation aiguë et périodique d'une lésion de la rate, lésion qui persiste sous forme latente durant l'apyrexie, lésion qui peut persister encore à un faible degré quand toutes les fonctions organiques s'exécutent déjà comme dans l'état de santé le plus parfait.

L'observation de Valérius, quoique fort courte, en dit assez pour faire reconnaître une affection périodique de la rate. Il s'agit d'un homme qui éprouve régulièrement au retour du printemps et de l'automne un gonflement considérable de cet organe, avec douleur de tout l'hypocondre gauche; il devient pâle, et se trouve fort mal jusqu'au moment où il s'établit un mouvement critique du côté des reins et où le malade rend une quantité abondante d'urines noirâtres et sanguinolentes.

L'autopsie du malade affecté de splénite et de fièvre quarte, dont M. Bailly nous donne une si courte histoire sous le n° 275, suffit du moins pour caractériser le siége et la nature de la lésion organique dont les exacerbations aiguës représentaient tous les trois jours des accès fébriles sous type quarte.

Sous le n° 274, il s'agit d'un militaire qui, avant d'être atteint de fièvre intermittente, portait déjà un engorgement dans l'hypocondre gauche; les accès fébriles sont caractérisés par une douleur plus ou moins marquée dans cette région, avec soif, langue rouge et jaunâtre, peau brûlante, nausées, etc. Une application de sangsues à l'épigastre procure du soulagement, mais un vomitif *exaspère les symptômes inflammatoires*. L'usage du sulfate de quinine fut impuissant pour prévenir les accès, et le malade succomba. L'autopsie fit voir une altération profonde et chronique de la rate, avec une collection de deux pintes de sanie dans une poche péritonéale dont cet organe occupait le fond. N'est-il pas vraisemblable que dans cette circonstance les accès fébriles furent occasionnés par des exacerbations périodiques de l'affection chronique de la rate, jointes à une irritation aiguë et passagère de l'estomac?

Le fait rapporté par M. Nepple, sous le n° 271, est remarquable sous plusieurs rapports. Le siége et la nature de la maladie semblent indiqués dès le principe par la soif et les douleurs plus ou moins vives dans les hypocondres, qui se font sentir chaque jour à dix heures du matin, précédées d'un léger frisson et suivies de chaleur et de moiteur. Les symptômes vont en augmentant; la durée du frisson devient plus considérable, et des phénomènes cérébraux se joignent aux précédents ou les effacent. Cependant on reconnaît que la rate et le foie présentent un volume plus considérable que dans l'état normal; l'abdomen est bouffi, rénitent, surtout aux hypocondres; les lombes sont profondément douloureuses; le pouls est dur et accéléré, la face colorée. Quinze sangsues sont appliquées à l'épigastre. Toutefois les exacerbations fébriles et sympathiques continuent à revenir chaque jour avec beaucoup de force. On administre le sulfate de quinine; mais le malade se plaint de douleurs dans les reins et les hypocondres, qui sont très sensibles à la pression. Un nouveau redoublement a lieu avec froid général prolongé, perte de connaissance, yeux ouverts, immobiles et ternes, langue sèche, retirée et noire; prostration complète, sanglots bruyants, pouls

fort et accéléré (dix sangsues à l'épigastre et dix sur le trajet des jugulaires); le sang coule si abondamment qu'on juge à propos de cautériser les piqûres du cou; mais le malade ne sent plus rien; les sanglots persistent, et cet individu succombe promptement. L'autopsie fait voir une altération considérable du foie, et surtout de la rate qui est très volumineuse et réduite en putrilage. N'est-il pas évident que dans cette circonstance M. Nepple s'en est laissé imposer par les symptômes *pernicieux* cérébraux, et pourtant tout-à-fait secondaires, puisque les redoublements quotidiens et fébriles de l'affection spléno-hépatique ne furent d'abord caractérisés que par la soif et des douleurs locales pendant plusieurs jours de suite? La lésion du foie et de la rate fut reconnue à leur volume, aux douleurs profondes ressenties dans les lombes; comment se fait-il donc qu'on n'ait point employé plus tôt les moyens antiphlogistiques les plus actifs, et qu'on n'ait point insisté sur leur usage? Une application de quinze sangsues a-t-elle pu produire un effet sensible chez un homme de vingt-huit ans, d'une bonne constitution, dont la face est tantôt colorée tantôt pâle, dont le pouls est plein et dur, et qui reste même dur et accéléré après l'application des sangsues? Sans doute le mal était bien avancé quand on commença le traitement; mais tout indiquait beaucoup de vigueur chez le malade, puisque la veille de sa mort son pouls était encore fort. Malgré la perte de connaissance et les autres symptômes pernicieux, et bien que, durant les accès, la face fût pâle, une saignée générale et surtout des évacuations sanguines locales n'auraient-elles pas pu être employées dès le jour même de l'entrée du malade à l'hôpital? La dernière application de sangsues, faite évidemment trop tard, c'est-à-dire la veille du jour où le malade succomba, doit être comptée pour rien; tout le traitement antiphlogistique se trouve donc réduit à quinze sangsues. M. Nepple nous dit que *c'était d'ailleurs le cas de donner le quinquina à plus fortes doses.* C'est là, il faut en convenir, une singulière conséquence, après l'effet des dix grains de sulfate de quinine qu'il a employés! Cette conséquence prouve que, malgré une autopsie assez instructive, M. Nepple persiste à voir dans ce fait une *fièvre pernicieuse soporeuse!* Il nous semble qu'ici comme dans tous les cas d'exacerbations aiguës et périodiques d'une phlegmasie chronique, l'indication la plus urgente était celle des évacuations sanguines locales, réparties sur les points douloureux d'abord, puis sur la région épigas-

trique et au fondement. Ces moyens auraient favorisé l'action du sulfate de quinine, qui d'ailleurs pouvait être promptement administré, sinon par la voie de l'estomac, du moins en lavements et en frictions, à la surface interne des membres ou sur la plaie dénudée d'un vésicatoire. Voici comment nous concevons la mort du malade dont il s'agit : atteint d'un engorgement ou d'une affection chronique du foie et de la rate, développée par une cause quelconque, cet individu vient dans le pays des Étangs. Jusqu'alors stationnaire et latente, cette affection du foie et de la rate subit l'influence funeste de la constitution atmosphérique ; elle éprouve des exacerbations aiguës et périodiques, annoncées par des douleurs assez vives dans les hypocondres, exacerbations dont les influences vont alors retentir sur le cœur, le cerveau, la muqueuse digestive ; de ces influences sympathiques résultent les symptômes fébriles, nerveux et gastriques, annoncés par la fréquence du pouls, la perte de connaissance, par la soif, la sécheresse, la rétraction de la langue, etc. Si l'on eût pu modérer et arrêter promptement les exacerbations aiguës et périodiques de la lésion du foie et de la rate, l'on aurait également prévenu les phénomènes sympathiques pernicieux, c'est-à-dire indiquant le trouble de fonctions essentielles à la vie, et qui n'ont pu être ainsi troublées violemment plusieurs fois sans que celle-ci n'ait été anéantie. C'est ainsi que la mort, causée par une lésion organique quelconque, arrive toujours par le trouble idiopathique ou sympathique des principales fonctions organiques.

Les exemples de péritonites intermittentes, observés par MM. Dufau et Depré sous les n[os] 278 et 281, sont si complets et si détaillés qu'il est impossible à tout médecin de bonne foi de méconnaître la nature inflammatoire et le type tierce et quarte de l'affection du péritoine. Dans le premier fait il s'agit d'un jeune militaire qu'on vient d'apporter à l'hôpital du Mont-de-Marsan, et qui présente à la visite du matin les symptômes suivants : coucher sur le dos, cuisses demi-fléchies, vive douleur dans toute l'étendue de l'abdomen qui est brûlant, tendu, météorisé, et très sensible à la plus légère pression ; langue humide, soif peu prononcée ; figure rouge, grippée ; respiration fréquente, courte, costale ; pouls dur, serré et accéléré. On prescrit saignée, diète, fomentations émollientes, lavements, boisson délayante. « A ma visite du soir, dit M. Dufau, je ne fus pas peu surpris de trouver ce militaire sans fièvre, et délivré de sa péritonite à

la suite d'une sueur abondante ; je crus avoir fait avorter une phlegmasie commençante. » Mais, le surlendemain, retour des mêmes accidents, annoncés comme la première fois par un frisson prolongé. Un autre accès péritonitique eut encore lieu, et toujours séparé par une journée entière d'apyrexie et d'intermittence parfaite. Les moyens employés par M. Dufau ont été ce qu'ils doivent être en pareils cas ; il eut recours à la saignée, aux sangsues et à un traitement antiphlogistique très actif pendant les deux premiers accès péritonitiques, parce que les symptômes inflammatoires étaient très marqués; il ne prescrivit que la diète, les boissons et fomentations émollientes au troisième accès, parce qu'il était inutile d'affaiblir davantage le malade, qui était suffisamment préparé à l'administration du quinquina, si son emploi n'avait pas été jugé inutile par le faible degré des symptômes inflammatoires et fébriles qui avaient caractérisé le dernier accès. Mais quelque temps après, et par suite d'une imprudence du malade, l'irritation inflammatoire du péritoine ayant reparu sous le même type que la première fois, M. Dufau ne combattit l'accès que par des boissons adoucissantes, des fomentations locales, et eut recours immédiatement à douze grains de sulfate de quinine qui la prévinrent sans retour.

Quel médecin non prévenu ne reconnaîtra pas, sous le n° 281, que la fièvre d'accès est symptomatique d'une lésion de la matrice et du péritoine, sujette à des exacerbations périodiques, puisque cette affection a pour cause l'impression du froid et l'usage intempestif des purgatifs chez une nouvelle accouchée? Les lochies, qui étaient abondantes, sont en partie arrêtées ; il survient des douleurs dans la région hypogastrique, envies de vomir, constipation, anxiété, pâleur, altération des traits, dureté et fréquence du pouls, chaleur âcre à la peau, abdomen volumineux et très sensible à la moindre pression, mamelles un peu flasques. Tous ces symptômes, qui indiquent bien évidemment une métro-péritonite, disparaissent en grande partie à l'aide d'une saignée, diète, boisson délayante, fomentations émollientes sur l'abdomen et lavements ; ils reviennent le surlendemain avec une nouvelle intensité et précédés de frissons ; les douleurs abdominales sont vives et insupportables, même au toucher ; le pouls est fréquent et serré, les traits tiraillés, etc. Le malade ne veut pas de sangsues; l'accès se termine par des sueurs suivies d'une rémittence assez sensible. Mais le lendemain nouvel accès plus

violent, avec tous les symptômes fébriles et inflammatoires indiqués; enfin on parvient à appliquer vingt sangsues sur l'abdomen, et une apyrexie complète s'établit; le retour de l'accès est même retardé d'un jour et il est moins intense. Dès lors il y a deux jours de calme et d'apyrexie entre les accès; on en profite pour administrer le quinquina, qui ne tarde point à les prévenir sans retour. On voit ici que, sous l'influence d'un traitement antiphlogistique, l'inflammation périodique et fébrile de la matrice et du péritoine est allée en diminuant d'une manière très sensible; de continue avec des redoublements de deux jours l'un, ou de rémittente tierce qu'elle était d'abord, elle a passé au type quarte avec une intermittence et une apyrexie complètes pendant lesquelles on a pu, sans inconvénient, administrer le quinquina pour en prévenir le retour. On ne peut pas dire qu'il s'agissait ici d'une *fièvre puerpérale intermittente essentielle*, puisque les symptômes de la fièvre étaient subordonnés à ceux de l'inflammation du péritoine, puisque le retour périodique et l'intensité des symptômes fébriles ou sympathiques ont toujours été proportionnés à ceux de la lésion locale, puisqu'il a suffi de combattre la métro-péritonite par des moyens antiphlogistiques pour rendre la fièvre moins intense et amener une apyrexie parfaite, et puisque, en dernier lieu, l'accès inflammatoire péritonitique a été remplacé par une éruption miliaire qui s'est développée sur toute la surface du ventre, de la poitrine, et principalement autour des mamelles. Cette dernière inflammation, dont la durée a été celle d'un accès ordinaire, n'a point été accompagnée de fièvre comme celle du péritoine, parce qu'elle n'était point assez intense et assez aiguë pour exercer au loin des influences sympathiques sur les principaux viscères. On sait d'ailleurs sur quels faits, rien moins que concluants, se sont fondés les médecins qui ont voulu établir la fièvre intermittente *pernicieuse puerpérale*. Osiander, qui le premier eut l'idée de créer cette nouvelle espèce de fièvre pernicieuse, se fonda sur l'exemple d'une femme de Cassel, sujette depuis long-temps à un catarrhe chronique de la matrice, et chez qui, à la suite d'un accouchement laborieux, il se développa, du troisième au quatrième jour, des accès fébriles très intenses, auxquels cette femme succomba, sept jours après l'invasion du premier accès. L'autopsie fit voir des traces manifestes d'inflammation dans la matrice et les ovaires, comme on peut le voir sous le n° 282.

Peut-on douter que la prétendue fièvre pernicieuse puerpérale ne fût, dans cette circonstance, tout-à-fait dépendante de la lésion de la matrice?

L'auteur de l'observation sous le nº 280 fait remarquer dans des réflexions qui la suivent, qu'il régnait alors dans la citadelle de Strasbourg où se trouvait la malade, une épidémie de fièvres intermittentes provenant de miasmes exhalés par des végétaux putréfiés dans les fossés de la forteresse, et dont elle avait pu ressentir les effets. L'influence de ces miasmes, dont l'action se fait ordinairement sentir vers la fin de la journée, semble expliquer le redoublement de fièvre et d'agitation qui a lieu tous les soirs, indépendamment de l'humidité de l'appartement qu'habite la malade et des imprudences dont elle est l'objet. La fréquence du pouls, qui était presque continuelle, indiquait une diète absolue, et la soupe donnée le lendemain de la saignée contribua sans doute à rappeler la douleur abdominale, et par suite les redoublements fébriles, d'autant plus que la langue était sèche et rouge à sa pointe. On aurait sans doute abrégé les souffrances de la malade si l'on avait eu recours à un traitement antiphlogistique plus sévère et à une prompte application de sangsues sur l'abdomen ; probablement aussi que l'intermittence et l'apyrexie en auraient été la suite, comme dans les exemples précédents, et qu'on aurait pu administrer plus tôt le sulfate de quinine par la voie de l'estomac; d'ailleurs on pouvait le prescrire en lavements et en frictions dans le cas où la sensibilité de l'estomac aurait continué à être plus ou moins marquée.

Dans les observations sous les nºs 284, 287, 290, peut-on voir autre chose que des affections idiopathiques de la matrice, bien que l'une présente le type quotidien, l'autre le type tierce, et la dernière le type quarte? D'abord la première ne peut pas être une fièvre intermittente essentielle, puisqu'elle ne présentait pas de fièvre ; il n'y avait ni fréquence du pouls, ni céphalalgie, ni soif, ni amertume de la bouche, etc. Le froid, la chaleur, les sueurs qui caractérisaient les accès, ne s'étendaient presque jamais au-delà de la région hypogastrique ; les douleurs très vives qui étaient alors ressenties dans la matrice se calmaient à mesure que l'accès arrivait à sa fin, et il s'écoulait alors par les parties sexuelles une matière blanche qui ne pouvait être que le produit d'une irritation inflammatoire ou subinflammatoire. Enfin la malade conservait dans la région de la matrice un sen-

timent de pesanteur tel qu'il simulait une descente de cet organe, qui cependant n'avait point lieu.

Qu'est-ce qui prouve que la deuxième observation soit une *fièvre tierce inflammatoire essentielle*? Ne peut-on pas se rendre compte de tous les symptômes, en la regardant comme sympathique de l'affection de l'utérus prouvée par la douleur ressentie à chaque accès dans cet organe et par le sang qui s'en écoulait? Le professeur Pinel lui-même nous autorise à le penser, puisque dans le traitement de sa malade il donne plus d'attention à l'affection de l'utérus qu'à la fièvre elle-même, et puisque, après la disparition de cette dernière par le moyen des antiphlogistiques, la matrice a conservé une sensibilité plus grande qu'à l'ordinaire. D'ailleurs il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'une femme qui se trouvait arrivée à l'âge critique, et chez qui le principal rôle, dans l'affection dont il s'agit, était d'autant plus sûrement joué par la matrice que les exacerbations inflammatoires et fébriles de cet organe étaient souvent accompagnés d'une légère hémorrhagie utérine, et que la saignée du pied fut le moyen qui procura le plus de soulagement à la malade. Enfin la fièvre n'est-elle pas également symptomatique dans la troisième observation, puisqu'il s'agit d'une affection organique de la matrice qui précède le développement de la fièvre, laquelle est évidemment produite par les exacerbations périodiques de l'affection utérine locale, puisque cette fièvre cesse ou ne reparaît plus du moment que cette affection redevient stationnaire, ou plus calme. Le fait sous le n° 285 offre l'exemple d'une femme jeune et robuste, dont les règles, après avoir éprouvé un retard, reparaissent accompagnées de douleurs extraordinaires, surtout dans la région iliaque droite, d'où elles se propagent dans le bassin; ces douleurs vives, lancinantes, portent sur le fondement comme dans le travail de l'enfantement; leur violence est telle, qu'elles provoquent des cris, le délire et des mouvements convulsifs. Tous ces phénomènes se calment peu à peu; et le lendemain, la malade ne ressent plus rien si ce n'est un peu de fatigue; elle se lève et vaque à ses occupations. Mais à midi, perte de sang plus abondante et nouvel accès caractérisé par les mêmes symptômes. Le retour périodique de tous les accidents morbides a lieu plusieurs jours de suite; et comme ils vont en augmentant, on appelle un médecin accoucheur qui, témoin de ces accidents, les attribue d'abord à

un avortement probable, et croit ensuite reconnaître une phlegmasie utérine; en conséquence, des émissions sanguines et un traitement antiphlogistique sont prescrits. Cependant les accès utérins continuent à revenir avec la même périodicité, et l'on administre le sulfate de quinine qui en prévient le retour. Peut-on, dans ce cas, méconnaître la congestion sanguine et l'irritation inflammatoire périodique qui ont lieu du côté de la matrice, et qui provoquent sympathiquement tous les symptômes nerveux et cérébraux qui constituent les accès dont il s'agit? Pas un médecin n'ignore les relations intimes de la matrice, surtout avec le cerveau et l'estomac; relations telles que bien des femmes à l'époque menstruelle ont le caractère inégal, taciturne, digèrent mal toute espèce d'aliments; il y en a qui éprouvent des coliques, des douleurs plus ou moins vives dans la matrice, quelquefois des mouvements convulsifs, un délire passager, etc. La cause et la nature inflammatoire de la maladie chez la femme dont il s'agit ne semblent pas douteuses, quels que soient d'ailleurs les phénomènes généraux et nerveux qui l'accompagnent. Cependant M. Jolly, chargé de faire à l'Athénée de médecine un rapport sur ce fait, a cru devoir le qualifier de *névralgie utérine intermittente!* « L'absence de tout signe de lésion organique, *la nature des douleurs*, et *surtout leur marche périodique, indiquaient assez,* dit-il, *un caractère essentiellement nerveux*... Ici la névralgie était essentielle, idiopathique ; la congestion sanguine de l'utérus n'en était pas la cause, *mais bien l'effet,* puisqu'il a suffi d'arrêter la première pour obtenir la cessation de cette congestion et de la perte utérine qui en était le résultat. L'efficacité du sulfate de quinine *a pleinement confirmé le caractère nerveux* de la maladie (1). » Quoi! des douleurs vives, lancinantes, dans la région de la matrice, après un retard de menstruation, des douleurs qui portent sur le fondement comme dans le travail de l'enfantement, et accompagnées d'une perte sanguine, n'indiquent qu'une *névralgie utérine essentielle!* On nous permettra de partager l'avis de l'accoucheur qui fut témoin des symptômes dont il s'agit, et qui reconnut une phlegmasie utérine. Il est du reste facile de concevoir pourquoi M. Jolly adopte une opinion contraire, d'après l'idée qu'il s'est faite de toutes les maladies périodiques en gé-

(1) *Nouvelle bibliothèque médicale pour* 1828.

néral ; on voit que c'est *surtout* à cause de la marche périodique de l'affection dont il s'agit, qu'il lui assigne un caractère *essentiellement nerveux.* Il n'y a pas, selon lui, d'autres caractères possibles pour une maladie qui marche ainsi ! d'où il est facile de juger que ce praticien s'en laisse imposer, comme les anciens, par une circonstance accessoire dans les maladies, c'est-à-dire par la périodicité ou l'intermittence ; mais il y a, entre son opinion et la leur, cette différence que les anciens, en reconnaissant le déguisement de la fièvre intermittente sous des formes inflammatoire, nerveuse, hémorrhagique, etc., s'éloignaient peu, et beaucoup moins, de la vérité que M. Jolly et les médecins modernes, qui ne voient plus que la forme nerveuse ou le caractère nerveux dans une affection intermittente quelconque. Certes, si l'on voulait regarder comme nerveuse toute maladie dans laquelle le système nerveux joue un rôle, il n'y aurait plus dans toute la pathologie que des névralgies et des névroses, puisque dans toutes les maladies ce rôle du système nerveux existe, puisque c'est par lui que nous éprouvons la douleur, le froid et toute espèce de sensation morbide quelconque ; mais est-ce une raison pour qu'une maladie occasionnée par l'afflux du sang, par une congestion sanguine évidente, soit purement et essentiellement nerveuse ? M. Jolly nous paraît tourner dans un cercle vicieux quand, à propos de ce fait, il assure que la congestion sanguine de l'utérus est l'effet de la névralgie utérine, parce qu'il a suffi d'arrêter celle-ci par le sulfate de quinine pour obtenir la cessation de la première : car est-il bien sûr que ce médicament se soit adressé particulièrement et plutôt à l'irritation nerveuse, qu'à l'irritation sanguine ? Ne peut-on pas retourner son principal argument contre lui-même, et soutenir avec autant de raison que peut en avoir M. Jolly, que la névralgie était l'effet de la congestion inflammatoire, parce qu'il a suffi de prévenir celle-ci par le sulfate de quinine pour empêcher celle-là de se manifester de nouveau ? N'est-il pas aujourd'hui parfaitement démontré que l'emploi méthodique du quinquina ou du sulfate de quinine prévient le retour d'une irritation périodique inflammatoire, hémorrhagique et subinflammatoire, aussi efficacement que celui d'une irritation nerveuse ? D'ailleurs il ne faut pas oublier que dans le fait dont il s'agit, le retour des douleurs périodiques était précédé de la congestion sanguine de l'utérus, annoncée par une perte de sang plus considérable, et

accompagnée de tous les accidents dont nous avons parlé. Or, n'est-il pas dans l'ordre des choses que partout l'effet soit précédé de sa cause? Si nous nous sommes arrêté à discuter l'opinion émise sur ce fait par M. Jolly, c'est parce qu'elle se rattache à la théorie antiphysiologique des irritations intermittentes qu'il a développée dans un mémoire dont nous avons déjà parlé.

Du reste, nous n'avons pas besoin de multiplier les raisonnements pour combattre l'opinion de M. Jolly et de la plupart des médecins antiphysiologistes, nous n'avons qu'à leur opposer directement les faits qu'ils ont observés eux-mêmes; c'est ainsi que nous en avons agi à l'égard de MM. Tommasini, Blaud et Bailly; c'est encore un fait dont il a été témoin, et qu'il a publié dans la *Nouvelle bibliothèque médicale* pour l'année 1828, que nous allons opposer à la théorie hypothétique de M. Jolly. Dans ce fait, rapporté sous le nº 288, il s'agit d'une cuisinière de vingt-quatre ans qui, à la suite d'un accouchement, cesse d'être réglée, et conserve dans la région lombaire, soit dans l'ovaire gauche, une douleur sourde et habituelle qui va en augmentant, surtout quand la malade se livre à un travail plus pénible encore que de coutume; à cette douleur se joint bientôt un sentiment de malaise général, de courbature, puis la fièvre et une céphalalgie violente. On pensa sans doute que cette fièvre était symptomatique de la lésion locale, puisqu'on prescrivit l'application de quarante sangsues sur l'endroit douloureux, des cataplasmes émollients, puis des lavements et des boissons délayantes. La fièvre de continue devient intermittente, c'est-à-dire que la fièvre symptomatique, qui était produite ou entretenue par l'irritation de l'ovaire gauche, disparaît pendant trente-six heures, parce que cette irritation fut momentanément dissipée par l'application des sangsues. Le surlendemain il se manifeste une exacerbation aiguë dans la lésion de l'ovaire ou dans l'affection locale, et la fièvre revient à son tour avec des symptômes cérébraux qui ne sont plus bornés, comme la première fois, à une céphalalgie violente; il y a de plus agitation extrême et délire effrayant; le lendemain, rémittence absolue de l'affection de la matrice, et par suite apyrexie; le surlendemain, nouvelle exacerbation de la lésion utérine, nouvel accès de fièvre avec délire, loquacité, agitation, yeux brillants, pupille contractée, etc. Il est aisé de reconnaître que l'affection d'abord sympathique du cerveau devient de plus en plus grave, au point d'effacer par le désordre

de ses fonctions les symptômes de la lésion primitive. M. Jolly administre avec raison quinze grains de sulfate de quinine, qui préviennent de nouveaux accès ; puis il fait appliquer des ventouses scarifiées qui font cesser entièrement la douleur que la malade éprouve encore dans la région de l'ovaire. Voilà le fait dont on se sert pour faire une *fièvre intermittente pernicieuse délirante!* S'il nous était permis de faire ici la part du praticien et du théoricien, nous dirions franchement que la première est bonne, la seconde mauvaise, routinière, et même contradictoire avec un mode de traitement qu'on commence et qu'on achève par des moyens antiphlogistiques. Un tel diagnostic est, à notre avis, antiphysiologique et antirationnel, parce qu'il tend à multiplier en pure perte des entités pathologiques, et à nous faire voir chez une jeune femme 1° une affection de l'ovaire qui date d'un accouchement, à la suite duquel les menstrues n'ont pas reparu; 2° une fièvre continue; 3° une fièvre intermittente pernicieuse. Ces deux fièvres (malgré leur efficacité, au dire de certains médecins qui pensent qu'une fièvre intermittente surtout est parfois un puissant moyen de guérison) n'ont point enlevé la lésion de l'ovaire qui les a précédées, et qui a persisté après leur disparition. M. Jolly nous dit que la fièvre de continue, qu'elle était, aussitôt après l'application des sangsues affecta le type intermittent; or conçoit-il, d'après une si prompte et si facile permutation de l'une dans l'autre, qu'il y ait une bien grande différence entre ces deux fièvres? Et s'il est vrai que la fièvre continue tînt à la lésion de l'ovaire (comme on parut le croire quand on ne lui opposa que les sangsues et un traitement antiphlogistique local), pourquoi n'en serait-il pas encore de même dès que la fièvre eut passé au type intermittent? Ne peut-on pas facilement se rendre compte des accès fébriles par les exacerbations périodiques de la lésion locale, et des symptômes pernicieux par une influence sympathique plus prononcée du côté du cerveau?

Tout ce que nous venons de dire se trouve confirmé par l'observation de Morton sous le n° 283, dans laquelle la malade (grosse de cinq mois) éprouvait tous les deux jours une douleur cruelle dans la région hypogastrique, avec des vomissements, des cris, et des efforts comme pour accoucher; deux saignées abondantes lui furent pratiquées avant l'emploi du quinquina; et pour mieux faire supporter ce médicament par l'estomac très irritable

de la malade, Morton l'administra en teinture et associé au laudanum.

Il en est de même de l'observation sous le nº 286, dans laquelle une femme, à la suite de sa couche et au moment de la fièvre de lait, éprouve les symptômes d'une fièvre pernicieuse délirante. Dans ce cas, la cause de la fièvre paraît assez évidente, puisque les lochies ne coulent point comme à l'ordinaire, puisque des douleurs vives se font sentir dans la région hypogastrique. La fièvre revient par accès et avec délire à cause de l'influence sympathique de la matrice sur le cerveau; on administre le sulfate de quinine; les exacerbations périodiques et fébriles se calment, les lochies reprennent leur cours, et tout marche vers la guérison. Il est impossible de méconnaître ici une fièvre symptomatique de l'affection aiguë et évidente de la matrice, laquelle affection est sujette à des exacerbations périodiques. Si la maladie de cette femme s'est prolongée, c'est parce qu'on a été trop timide dans l'emploi des moyens antiphlogistiques; car ce n'était pas seulement par les fomentations émollientes et les lavements adoucissants qu'il fallait combattre les douleurs d'abord très vives, et persistant à différents degrés dans la région hypogastrique; si l'on avait eu recours à quelques applications de sangsues sur cette région et au fondement, n'est-il pas probable que l'efficacité du sulfate de quinine aurait été plus prompte pour prévenir des exacerbations inflammatoires et fébriles qui seraient devenues alors de plus en plus légères, et qui bientôt eussent été séparées par une intermittence parfaite?

Bien qu'elle présentât des exacerbations très fortes régulièrement tous les deux jours, l'affection de la matrice sous le nº 289 est rendue évidente par l'âge, la constitution et les maladies antérieures de cette demoiselle. D'ailleurs le diagnostic du médecin qui l'a soignée, l'efficacité constante des applications des sangsues, des bains, de la diète, des boissons délayantes, en un mot d'un traitement antiphlogistique, ne laissent point de doute sur la nature inflammatoire de l'affection dont il s'agit. On ne peut pas ici accuser la *fièvre essentielle* d'être la cause des douleurs violentes qui reviennent sous type tierce dans la région hypogastrique; car il n'y a point de fièvre, et dans le plus fort des accès morbides périodiques le *pouls conserve son rhythme naturel.* Tous les antispasmodiques et narcotiques sont plutôt nuisibles qu'utiles; il n'y a que les antiphlogistiques qui soula-

gent la malade; mais ils ne préviennent pas le retour des accès; c'est dans ce but qu'on essaie d'administrer la potion stibio-opiacée de Peysson, bien disposé à prescrire, aussitôt après, le quinquina, si ce premier essai n'eût point réussi. On fut dispensé d'avoir recours à ce dernier médicament; les accès métritiques ne reparurent point. La potion dont il s'agit détermina un grand nombre de selles qui cependant fatiguèrent peu cette demoiselle. Sa santé a été depuis lors assez bonne, si ce n'est qu'elle est restée sujette à des douleurs lombaires et hypogastriques aux époques menstruelles.

Nous avons peu de chose à dire des exemples de néphrites périodiques, rapportés sous les n°s 291, 292, 294. La nature inflammatoire et le siége de ces diverses affections paraissent assez indiqués pour qu'on n'ait pas de doute à cet égard. Dans l'exemple de Morton, il s'agit d'une femme robuste qui a cessé d'être réglée depuis un an, et qui est sujette à des coliques néphrétiques; bientôt les douleurs de reins deviennent atroces, et prennent une marche périodique; les médecins qui voient la malade avant Morton la *traitent tantôt pour une néphrite, tantôt pour une suppression de règles.* Ce praticien prescrit d'abord une saignée, puis des lavements émollients, des apozèmes et le quinquina, auquel il joint quelques gouttes de laudanum; sous l'influence de ce traitement, les accidents cessent; on cherche à rappeler les règles, et la malade arrive peu à peu à une guérison complète. Le fait indiqué par Gabrieli paraît en tout semblable à celui de Morton, excepté que la malade était arrivée à l'âge critique, et que les douleurs néphrétiques présentaient le type mensuel.

L'observation de colo-néphrite périodique sous le n° 293 est remarquable d'abord par son type d'intermittence parfaitement réglé tous les huit jours à la même heure, ensuite par le siége et la nature de la lésion locale, fixée et limitée dans la région iliaque gauche, particulièrement sur le rein, où le malade éprouve, durant chaque accès morbide, une douleur vive comme déchirante, avec sentiment de tiraillement dans les testicules qui oblige le malade à se servir alors d'un suspensoir; pendant toute la durée de cet accès qui se prolonge jusqu'au lendemain (environ vingt-quatre heures), la sécrétion de l'urine se trouve diminuée, le pouls est plein et fréquent, etc.; ce qu'il y a encore de remarquable dans le fait dont il s'agit, c'est le retour également pério-

dique d'une diarrhée qui précède de deux jours l'invasion de la néphrite aiguë, et qui se termine constamment avant l'arrivée de celle-ci qui semble lui succéder ou la remplacer. Quoi qu'il en soit, le médecin appelé pour donner des soins à ce malade employa d'abord un traitement antiphlogistique très actif par les saignées générales, et les applications de sangsues sur l'endroit douloureux ; ces moyens n'ayant fait que calmer la violence des douleurs néphrétiques, on prescrivit le quinquina pour en prévenir le retour, mais elles continuèrent à revenir avec la même régularité ; alors M. Marcq, dans l'espoir, dit-il, de rompre l'ordre vicieux des mouvements organiques, prescrivit les bains généraux ; le malade en prit un chaque jour de la semaine qui précédait le jour de l'accès, et ce jour-là il fit plonger dans le bain son malade peu de temps avant l'heure où les douleurs néphrétiques avaient coutume de revenir ; mais cette fois elles ne récidivèrent plus, et le malade fut guéri aussi de la diarrhée qui en était le précurseur.

Ce que nous venons de dire de l'observation rapportée sous le n° 289 est tout-à-fait applicable à celle décrite sous le n° 295. Dans celle-ci comme dans celle-là, il s'agit d'une irritation locale qui éprouve de fortes exacerbations sous type tierce. En effet, nous voyons ici un chirurgien, dans la force de l'âge, robuste, qui depuis quelques années est sujet à une affection des voies urinaires qui lui fait craindre, dit-il, une disposition aux hémorroïdes de la vessie. C'est dans cet état qu'il lui survient, tous les deux jours, des accès morbides caractérisés par un désir très pénible et continuel d'uriner, accompagné de vives douleurs et d'une sensibilité à l'hypogastre telles, qu'il redoute le moindre contact ; ces douleurs sont comme des espèces de coliques qui répondent dans la vessie, de telle sorte que le malade ne doute pas qu'elles ne soient la suite de son affection habituelle. Mais, comme ces phénomènes se présentent dans un moment où règnent beaucoup de fièvres intermittentes, leur type tierce fait croire au confrère qui assiste le malade de ses conseils, qu'il s'agit aussi d'une fièvre intermittente pernicieuse qu'il nomme *cystique*, à cause de la souffrance de la vessie. M. N***, qui jusqu'à ce moment s'était toujours fort bien trouvé de l'emploi des moyens antiphlogistiques, ne se pressa point d'avoir recours au quinquina qui lui fut conseillé ; il commença par faire usage d'un minoratif, des bains de siége, des fomentations émollientes, des émulsions

nitrées en boisson, etc. Mais, les coliques cystiques continuant à revenir aux mêmes époques avec une intensité croissante, il n'hésita plus à prendre le quinquina qui prévint de nouveaux accès morbides.

L'observation d'urétrite intermittente fébrile, rapportée par Giannini sous le n° 297, est remarquable sous plusieurs rapports : 1° par la constance avec laquelle la même cause a développé, à différents intervalles plus ou moins éloignés, la même lésion; 2° par le retour constant des mêmes symptômes fébriles provoqués par cette lésion, c'est-à-dire les mêmes influences sympathiques sur les organes digestifs et cérébro-rachidiens, d'où sont résultés les symptômes ordinaires d'une fièvre intermittente; 3° par le développement des symptômes généraux et fébriles *pernicieux*, c'est-à-dire des vomissements violents, une céphalalgie atroce, le délire, etc., aussitôt que la même lésion locale fut portée au plus haut degré par l'obstination et la violence de sa cause matérielle ; la lésion locale fut chaque fois dissipée par l'éloignement de la cause, et l'habitude morbide des accès fébriles périodiques fut également rompue par l'administration du quinquina; 4° par la mutation définitive de l'irritation périodique qui passa du canal de l'urètre dans l'estomac, où elle devint très grave et très opiniâtre, parce qu'on n'imagina point d'administrer le quinquina par une autre voie, et qu'on voulut forcer cet organe à le digérer malgré son irritabilité extrême, et avant qu'il fût en état de supporter ce médicament.

Enfin, dans l'observation sous le n° 296, on ne peut pas douter que les symptômes généraux et fébriles ne fussent occasionnés par la lésion locale du canal de l'urètre, puisque le malade ne peut s'écarter du régime, et abandonner l'usage des bougies, sans que ces symptômes ne reviennent aussitôt par l'exacerbation qui en résulte dans l'affection lymphatico-sanguine de la muqueuse urétrale. Cette exacerbation s'étant une fois réglée en tierce, on crut reconnaître dans les symptômes fébriles qui l'accompagnaient tous les deux jours, une véritable fièvre intermittente. On administra le quinquina en substance; ce remède fut nuisible; les symptômes locaux augmentèrent; la fièvre devint presque continue, et l'on reconnut qu'elle *dépendait de l'état inflammatoire de l'urètre et de la vessie*. On fit appliquer à plusieurs reprises des sangsues au fondement; on employa un traitement antiphlogistique convenable; alors la fièvre disparut, les

douleurs locales cessèrent, et les urines reprirent un libre cours.

« J'ai vu, dit Benjamin Bell, quantité de malades chez qui la moindre irritation de la prostate, produite par des causes externes, a déterminé des accès de fièvre absolument semblables à ceux des fièvres intermittentes. Les accès reviennent souvent avec une certaine régularité de deux jours l'un; quelquefois ils laissent quatre ou cinq jours d'intervalle. La fièvre quintane dont parlent les auteurs était certainement due à une cause de ce genre, ou à quelque affection des viscères du bas-ventre (1). »

CHAPITRE II.

HÉMORRHAGIES INTERMITTENTES INTERNES.

Déjà une partie de ce que nous avons dit sur les phlegmasies intermittentes des viscères se trouve applicable aux hémorrhagies périodiques internes, si l'on fait attention qu'il existe entre ces maladies une très grande analogie. Cette analogie, reconnue entre elles sous le type continu, est ici d'autant plus remarquable que les premières se rapprochent davantage des secondes en adoptant cette marche périodique qu'on sait être le type habituel des hémorrhagies. Aussi avons-nous vu, dans certains cas de pleuro-pneumonie et de métrite périodiques, des hémoptysies et des ménorrhagies se manifester et se terminer en même temps que les inflammations dont il s'agit, et se trouver comme associées entre elles chez les mêmes individus. Les observations rapportées précédemment sous les nos 204, 211, 212, 285 et 287, en offrent des exemples.

Cette analogie entre les inflammations intermittentes et les hémorrhagies périodiques, est d'autant plus sensible que ces diverses maladies ont ordinairement leur siége dans les mêmes organes, dans les mêmes tissus; cependant, comme elles peuvent exister indépendamment les unes des autres, et avoir chacune en particulier leurs causes et leurs symptômes caractéristiques, comme elles exigent un traitement particulier sous plusieurs rapports, il importe de ne point les confondre entre elles.

(1) *Traité de la gonorrhée*, t. 1, p. 163.

Il n'est pas rare que les hémorrhagies intermittentes internes ne soient elles-mêmes un moyen prophylactique ou curatif qu'emploie la nature pour prévenir ou pour terminer certaines phlegmasies continues et périodiques. Cette considération, qui n'avait point échappé au génie observateur de Stahl, l'a porté à en exagérer l'importance, et à établir l'utilité constante de toutes les hémorrhagies qui surviennent spontanément; mais, en signalant des idées exagérées, nous sommes loin de vouloir faire oublier ce qu'il y a de précieux dans le Traité de Stahl sur les hémorrhagies; là comme en toutes choses il se montre l'homme de génie qui sort des voies étroites de la routine pour s'en frayer de plus larges, et surtout pour s'élever à de hautes et profondes idées sur l'organisme animal, idées qui firent apprécier la beauté et l'importance d'un pareil sujet, et firent pressentir les lumières qui devaient plus tard en rejaillir sur toute la pathologie.

Avertis par l'expérience de nos devanciers, nous savons aujourd'hui que les idées les plus lumineuses peuvent égarer quand elles sont poussées trop loin; aussi nous tiendrons-nous dans un juste milieu; d'une part, pour apprécier sans exagération les avantages qu'il peut y avoir à laisser un libre cours aux hémorrhagies périodiques, et d'autre part pour ne point méconnaître les inconvénients et même les dangers qu'il y aurait dans plusieurs circonstances à ne point les modérer ou les arrêter, alors même qu'elles se sont développées spontanément. Tel est le devoir du vrai praticien; il doit observer attentivement les phénomènes de la nature, en santé et en maladie, non pour rester spectateur oisif, mais pour agir en temps et lieu convenables, pour favoriser les opérations qui ont un but utile, pour détourner, affaiblir, enrayer celles dont les suites peuvent être dangereuses ou funestes. C'est par la connaissance parfaite de l'état normal que le moindre désordre devient sensible à l'œil de l'observateur; car c'est toujours par les lois de la vie que tout se meut, s'agite, se modifie et s'altère dans les tissus douloureux, dans les organes malades, jusqu'au moment où la réaction cesse, où la vie s'éteint. Toutes les théories médicales qui se sont placées en dehors de ce vaste point de vue, ou qui ont fait abstraction des lois de la vie pour ne voir que les maladies en elles-mêmes, ont manqué par la base et ont dû s'écrouler. C'est dans les lois de la vie qu'il faut chercher l'explication des dérangements de la vie, c'est-à-dire dans les actes et le mouvement des tissus, dans

les fonctions des organes, comparés dans l'état de santé, dans l'état de maladie, et mis en rapport avec la structure qui leur est propre, avec les altérations morbides que l'observation et l'expérience y ont démontré. Telle était la double voie qu'il fallait suivre avec persévérance pour arriver à des connaissances médicales positives, à une théorie impérissable comme les faits qui lui servent de fondement. Stahl, et surtout Haller, commencèrent ce travail ; continué lentement par Bordeu et Pinel, activement conduit et fécondé par les travaux de Bichat, il a été poursuivi, développé, agrandi par le célèbre auteur de la doctrine physiologique.

Grâce aux trevaux de l'école physiologique, la théorie des hémorrhagies continues et intermittentes est devenue simple, lumineuse et positive. Ce ne sont plus des maladies asthéniques, passives, dues à la pauvreté, à la sérosité du sang, au relâchement des extrémités artérielles et des vaisseaux exhalants, comme le voulaient Brown et Cullen. On ne voit plus en elles deux êtres particuliers, ni des hémorrhagies d'une nature différente dans le même organe et chez le même malade, par le seul fait de la présence ou de l'absence de l'effort hémorrhagique. Qu'une hémorrhagie périodique soit ou non accompagnée de phénomènes sympathiques, qu'elle soit bornée à des symptômes locaux plus ou moins sensibles, on ne reconnaît plus là que différents degrés d'insensité de la modification organique qui constitue l'hémorrhagie ; et celle-ci n'est plus une maladie tantôt sthénique, c'est-à-dire occasionnée par un mouvement actif des capillaires sanguins et des vaisseaux exhalants, tantôt asthénique ou résultant de la faiblesse, de la passivité ou du bâillement de ces vaisseaux. Le premier de ces états est seul compatible avec la nature de l'irritation intermittente hémorrhagique, dont les accès sont forts ou faibles, c'est-à-dire plus ou moins prononcés selon la force ou la faiblesse de l'individu, selon le degré d'irritabilité de l'organe affecté. De là vient que le même individu et le même organe peuvent successivement présenter tous les symptômes qui caractérisent les hémorrhagies actives et les hémorrhagies passives de Stahl, sans que jamais l'exhalation sanguine cesse d'être un mouvement actif ou le résultat d'une action morbide locale ; car un mouvement passif n'est-il pas en contradiction à la fois et en opposition avec toutes les lois de l'organisme ?

La théorie des hémorrhagies, suite naturelle de celle des irritations en général, a dû surtout être rapprochée de l'histoire des phlegmasies, avec lesquelles plusieurs points de contact et de rapport étaient naturellement indiqués. En effet, c'est dans des circonstances analogues que les unes et les autres se développent; ce sont les mêmes tissus, ce sont des individus ordinairement disposés de la même manière qu'elles attaquent. Ainsi, dans les cas de pléthore générale ou partielle, quand une phlegmasie est prête à s'établir, quand l'économie se trouve comme surchargée d'une trop grande quantité de sang, elle cherche à s'en débarrasser avant que l'équilibre de la santé ne soit rompu, tantôt par des sécrétions, des exhalations de fluides divers émanés du sang, et dont la déperdition surpasse alors la somme de ceux qui entrent chaque jour par voie d'absorption ou de digestion; tantôt par certaines hémorrhagies critiques, c'est-à-dire provoquées dans un but salutaire. Mais il n'est pas rare que ces évacuations sanguines, au lieu de se faire avec modération et par des endroits peu susceptibles d'altérations graves, comme sur la muqueuse pituitaire ou recto-intestinale, s'opèrent en trop grande quantité et par des organes dont l'irritabilité est trop vive, les fonctions trop importantes pour qu'il n'en résulte pas de graves inconvénients; c'est ce qui arrive quand il se fait un afflux rapide et considérable de sang sur la muqueuse pulmonaire. Il n'est pas rare aussi que ces ondées de fluides sanguins ne produisent des phlegmasies qui préviennent ou remplacent ces hémorrhagies de la même manière que celles-ci peuvent prévenir ou remplacer celles-là.

Tous les auteurs ont reconnu ce déplacement réciproque des hémorrhagies et des inflammations, et cette analogie manifeste qui existe entre une irritation hémorrhagique et une irritation inflammatoire. C'est ainsi que nous avons vu, sous le nº 205, une pleurésie rémittente quotidienne qui fut guérie par une hématurie critique; et sous le nº 212, une péripneumonie intermittente tierce qui se termina à la suite d'une épistaxis de même type. Mais une chose bien digne de remarque et qui semble confirmer la marche essentiellement périodique des hémorrhagies en général, c'est qu'elles ont des relations plus intimes et une plus grande tendance à remplacer par une espèce de mouvement critique les inflammations dont la marche, plus ou moins rapide et mobile, est par là même plus disposée au type intermittent; telles sont la goutte, le rhumatisme, l'érysipèle, les dartres, certaines angines, etc. M. Latour rap-

porte un exemple remarquable de ce genre chez un proviseur de collége âgé de soixante-cinq ans et sujet à des angines tonsillaires périodiques qui se terminaient tantôt par résolution, tantôt par l'apparition d'une hématurie ; celle-ci était quelquefois remplacée par un flux hémorroïdal. Ce malade était également sujet à une affection rhumatismale ou arthritique dans laquelle les doigts des pieds ou des mains devenaient rouges et gonflés. Chaque fois que cette dernière affection survenait ou que les amygdales se gonflaient, une turgescence générale dévoilait aux yeux du médecin le *molimen hemorrhagicum*. En effet on ne tardait pas à voir reparaître le pissement de sang ou le flux hémorroïdal ; et aussitôt que l'hématurie avait commencé, les accidents inflammatoires, tonsillaire et arthritique, disparaissaient. Dans le cas où l'hématurie se manifestait la première, il suffisait alors qu'il survînt le plus léger gonflement arthritique dans un doigt de la main ou du pied pour qu'aussitôt on vît cesser l'hémorrhagie vésicale (1).

Stalh avait souvent observé des douleurs goutteuses et rhumatismales puissamment soulagées ou dissipées par des effusions sanguines spontanées. Cet illustre praticien ayant vu d'autre part des individus devenir goutteux ou rhumatisants en cessant d'être sujets aux hémorrhagies, n'hésita point à regarder la goutte et le rhumatisme comme *des efforts hémorrhagiques rendus vains par la structure des parties vers lesquelles ils se dirigeaient*. Mais tout en reconnaissant l'analogie qu'il y a entre une inflammation et une hémorrhagie, nous croyons que beaucoup de médecins, à l'exemple de Stalh, ont exagéré cette analogie lorsqu'ils sont allés jusqu'à reconnaître leur identité parfaite ; 1° parce qu'il n'est point rare qu'une hémorrhagie ne s'opère que par la dilatation active des exhalants, sans être précédée d'aucune congestion, d'aucun effort hémorrhagique local ; ce qui détruit la première et principale ressemblance entre ces deux affections ; 2° parce qu'il n'y a le plus souvent dans l'hémorrhagie aucune douleur locale, ou, quand elle existe, elle est tout-à-fait différente de celle qui caractérise l'inflammation ; en effet, celle-ci est ordinairement aiguë, gravative, lancinante ; celle-là est presque toujours bornée à un sentiment de prurit, de pesanteur et de tension locales ; 3° dans l'effort hémorrhagique, le sang ne fait que remplir ou distendre les vaisseaux capillaires ; dans l'inflammation, il s'insinue

(1) *Causes des hémorrhagies*, t. II.

et s'incorpore en quelque sorte avec le tissu enflammé, qui devient comme on dit, rénitent; 4° une simple fluxion sanguine n'élève que peu ou point la température du lieu par où s'opère l'hémorrhagie, tandis que la partie enflammée est ordinairement chaude et brûlante ; 5° l'inflammation tend plus ou moins vite à faire subir diverses modifications aux fluides accumulés ; dans la fluxion hémorrhagique, outre que le sang ne reste que fort peu de temps stationnaire, il n'éprouve jamais de modifications par suite de son accumulation ; 6° dans le premier cas, il y a un véritable travail local, une réaction vitale particulière qui tend à éliminer les fluides accumulés par voie d'absorption, ou à leur faire éprouver les altérations diverses qui constituent la suppuration; rien de semblable n'a jamais lieu dans le second cas.

Un autre fait bien digne d'attention, puisqu'il se trouve confirmé par l'observation de plusieurs praticiens distingués, c'est le choix que paraît faire de telle ou telle membrane muqueuse, pour une hémorrhagie métastatique, telle ou telle affection cutanée, articulaire ou autre. C'est ainsi qu'il résulte de l'observation et de l'expérience de Stalh, d'Hoffmann, de Stoll, de Lordat, que la métastase hémorrhagique de la goutte et du rhumatisme se fait sur l'estomac et particulièrement sur le rectum pour produire l'hématémèse, et surtout des hémorroïdes. Dans l'observation sous le n° 325, on voit un homme âgé de cinquante ans qui est sujet à des douleurs de tête et à la goutte aux pieds chaque fois que des hémorroïdes périodiques mensuelles sont arrêtées par une cause quelconque. Chez les femmes, c'est ordinairement sur la matrice que le déplacement de la goutte et du rhumatisme a lieu ; leur disparition subite cause fréquemment des ménorrhagies continues ou intermittentes. On a remarqué que le déplacement des affections cutanées se faisait plus particulièrement sur la muqueuse pulmonaire ; de là des hémoptysies assez fréquentes. Stoll, *De morbis chronicis*, rapporte des exemples d'hémoptysie occasionnée par la répercussion de diverses affections cutanées. Lordat a observé un crachement de sang qui survint chez un élève en médecine par suite de la disparition rapide d'une dartre. Ce qu'il y a de fort remarquable dans l'observation du professeur de Montpellier, c'est que l'hémoptysie adopta précisément le même type ou un genre de périodicité absolument conforme à celui que présentait la dartre. « Celle-ci, dit Lordat,

avait coutume de s'exaspérer à chaque pleine lune, et les retours de l'hémoptysie métastatique suivaient les mêmes périodes (1). » Nous avons vu un exemple remarquable de ce genre sous le n° 212, dans lequel une péripneumonie intermittente tierce se termine graduellement par une épistaxis critique, qui adopte dans ses retours le même type que la péripneumonie, et qui revient de deux jours l'un, quatre fois de suite.

A l'exemple du flux menstruel, qu'on peut regarder comme le prototype des hémorrhagies périodiques, toutes les irritations intermittentes hémorrhagiques sont caractérisées par un surcroît d'action organique des exhalants, en vertu duquel ils admettent le sang accumulé dans les capillaires sanguins et lui livrent passage au dehors. Nous ne répéterons pas ce que nous avons dit ailleurs relativement à la division des hémorrhagies périodiques en actives et en passives ; il nous suffit de savoir qu'elles ont toutes un caractère d'activité qui leur est propre, et qui seul est en rapport avec les lois générales de l'économie, dont elles sont quelquefois une ressource ou un besoin ; aussi, dans plusieurs circonstances, faut-il plutôt diriger qu'intervertir ou arrêter la marche des hémorrhagies intermittentes, surtout quand elles se manifestent au déclin ou durant le cours de certaines inflammations aiguës plus ou moins graves.

La disposition que présentent les viscères à être affectés d'hémorrhagies périodiques, se mesure par la quantité de vaisseaux capillaires sanguins qui les pénètrent et par la multiplicité des causes irritantes qui peuvent agir sur eux, soit pour y provoquer un plus grand afflux de sang, soit pour disposer les exhalants à lui livrer passage. C'est particulièrement aux membranes muqueuses qu'on a reconnu la disposition dont il s'agit; mais toutes ces membranes ne sont pas également sujettes aux hémorrhagies intermittentes ; il y en a qui par leur siége à la partie la plus déclive du tronc, et surtout par la nature de leurs fonctions, en sont bien plus souvent affectées que les autres ; et l'on peut à cet égard établir l'ordre suivant : 1° l'exhalation sanguine muqueuse utéro-vaginale qui constitue la ménorrhagie ; 2° celle qui se manifeste à l'extrémité inférieure du canal digestif et fournit les hémorroïdes ; 3° celle de la membrane muqueuse pulmonaire, siége de l'hémoptysie ; 4° celle de la muqueuse gastrique et intesti-

(1) *Traité des hémorrhagies.*

nale, qui donne lieu à l'hématémèse, à l'entérorrhagie et au flux hépatique; 5° enfin, celle qui se montre par les voies urinaires et produit l'hématurie.

L'hémorrhagie périodique a quelquefois une très grande tendance à passer d'une membrane muqueuse dans une autre, et à se manifester successivement dans plusieurs organes plus ou moins éloignés les uns des autres. C'est ainsi qu'on voit, sous le n° 310, la suppression des menstrues donner lieu d'abord à une hématurie qui fut remplacée par une hémoptysie, et à laquelle succéda une hématémèse qui présenta le type tierce pendant un certain temps et jusqu'à ce qu'elle fût attaquée par un traitement convenable.

Les membranes séreuses sont beaucoup moins sujettes que les muqueuses aux exhalations sanguines périodiques; cependant elles n'en sont point exemptes. C'est à une semblable exhalation de l'arachnoïde que plusieurs médecins rapportent certains épanchements spontanés de sang dans les ventricules ou à la surface du cerveau, appelés coups de sang, attaques d'apoplexie périodiques. Les viscères parenchymateux ne sont pas non plus à l'abri de ces raptus instantanés de fluides sanguins, et nul doute que le cerveau, les poumons, le foie, et surtout la rate, n'y soient plus ou moins exposés dans certaines circonstances, surtout durant le frisson prolongé de plusieurs fièvres d'accès ou de certaines gastro-entérites périodiques.

Indépendamment de cette aptitude de plusieurs membranes internes et de quelques viscères à être le siége d'exhalations sanguines intermittentes, il y a encore des dispositions individuelles qui tiennent à l'âge, au sexe, au tempérament, aux professions et aux climats ou aux saisons diverses. Ainsi, quoique les hémorrhagies périodiques puissent survenir à toutes les époques de la vie, on a observé que chaque âge était plus en rapport avec telle espèce d'hémorrhagie qu'avec telle autre; les enfants, par exemple, sont plus sujets aux épistaxis, les jeunes gens aux hémoptysies, les personnes âgées aux hémorroïdes, aux ménorrhagies, aux hématuries. Les femmes sont plus souvent que les hommes affectées de toute espèce de flux sanguins périodiques; il y a chez elles une disposition hémorrhagique qui semble coïncider avec l'action fluxionnaire de la matrice. L'influence de cette action a été exagérée par Bordeu, quand il a avancé que nulle hémorrhagie ne survenait chez le sexe sans lui

être entièrement subordonné. Lordat pense au contraire et avec plus de raison, que plusieurs hémorrhagies ont lieu chez les femmes sans être nullement sous la dépendance de la matrice.

Relativement aux climats et aux saisons diverses, il est reconnu que les hémorrhagies périodiques des viscères se développent plus fréquemment durant les saisons très chaudes et où les vents sont secs et brûlants. Les hémorrhagies internes sont généralement plus communes dans les climats chauds que dans les pays tempérés : Ramazzini à Modène, Lind dans les Indes, en ont observé plusieurs exemples; et Lancisi dit qu'en 1705 et 1706, une épidémie d'accès apoplectiques, avec épanchement sanguin dans le cerveau, fit à Rome les plus grands ravages pendant un été brûlant, et durant lequel soufflait et dominait constamment le vent du midi. Picquer et Fouquet ont remarqué que c'était particulièrement durant les solstices et les équinoxes que se développaient les affections dont il s'agit.

Si les hémorrhagies par leur type intermittent en ont beaucoup moins imposé que les autres affections périodiques en général, c'est sans doute parce que le flux menstruel s'offrait comme un exemple frappant et habituel de cette périodicité. Cependant plusieurs médecins n'ont pas laissé encore que de s'abuser à cet égard, surtout quand la marche de ces hémorrhagies, semblable à celle des fièvres intermittentes ordinaires, présentait le type quotidien, tierce et quarte; alors ils n'ont pu résister à l'idée d'en faire des fièvres larvées, comme Storck, Picquer, sous les nos 301 et 308, ou de s'en servir pour créer de nouvelles espèces de fièvres intermittentes pernicieuses *hémorrhagique*, *métrorrhagique*, *hémoptysique*, *entérorrhagique*, comme les docteurs Gaëtan-Caturegli, Puccinotti, Daniel, etc. A la suite de la ménorrhagie intermittente tierce, rapportée sous le no 311, qu'il appelle une fièvre *pernicieuse ménorrhagique*, M. Arloing ajoute : « N'est-on pas fondé à la ranger dans la catégorie des fièvres ataxiqnes dont elle forme une variété comme celles qui se présentent sous la forme de flux, la *cholérique*, l'*hépatique*, par exemple, ou celles avec crachement, avec vomissement de sang, et qui compromettent la vie des malades (1)? »

M. Deslandes dit, à l'occasion du fait rapporté sous le no 302, « On pourrrait faire de cette irritation intermittente comme de

(1) *Journal et Mémoire cités.*

tant d'autres une fièvre ménorrhagique, si les accès avaient été précédés, accompagnés et suivis de symptômes caractéristiques de la fièvre. On le pourrait même sans cela puisqu'il y eut un symptôme grave, et qu'on trouve dans les auteurs des observations décorées du nom de fièvre pernicieuse, sans présenter les trois symptômes requis. Quoi qu'il en soit, il est facile de se rendre raison de leur absence dans le fait que je viens de rapporter. La matrice est peut-être de tous nos organes celui dont les irritations hémorrhagiques ou autres allument le plus difficilement la fièvre. J'ai vu les métrites les plus intenses, accompagnées des douleurs les plus vives, sans la moindre fréquence du pouls(1).» Enfin, les docteurs Routier et Thomas, sous les nos 312 et 314, ont cru également reconnaître des fièvres pernicieuses intermittentes essentielles dans les exemples de métrorrhagie sous type tierce, qu'ils ont observée et guérie par le quinquina et le sulfate de quinine.

L'erreur dans laquelle sont tombés les médecins qui ont voulu convertir les hémorrhagies périodiques en fièvres intermittentes pernicieuses ou larvées, est sans doute provenue de ce qu'ils ont cru, avec Mindérerus et Casimir Medicus, que la cause de leur périodicité ne pouvait pas être autre que celle des fièvres intermittentes en général, ou qu'elles étaient dominées par le prétendu *génie intermittent* de l'école de Montpellier. Il est bien vrai que plusieurs phénomènes généraux, rencontrés dans certains cas d'hémorrhagie périodique, se rapprochent beaucoup de ceux d'un accès de fièvre intermittente ordinaire ; tels sont, par exemple, l'horripilation, qui n'est qu'une modification du frisson fébrile, la lassitude dans les membres, le resserrement et la pâleur des téguments, quelquefois la fréquence du pouls, la céphalalgie, etc. Bordeu et Fouquet ont plusieurs fois observé la coïncidence du frisson fébrile, d'un sentiment de lassitude et de malaise général, de faiblesse et de refroidissement des membres, avec les signes de la congestion et du mouvement fluxionnaire qui constituent l'hémorrhagie ; mais cette similitude de phénomènes sympathiques ne prouve qu'une seule chose, c'est-à-dire l'analogie de l'irritation locale qui provoque, soit un accès hémorrhagique, soit un accès de fièvre intermittente. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que les phénomènes sympathiques sur lesquels se trouve

(1) *Bibliothèque médicale*, t. LXXVIII, 1822.

spécialement fondée l'analogie dont il s'agit, ne sont qu'accessoires, et ne se montrent que très rarement dans les hémorrhagies périodiques ; le plus souvent elles ne sont point accompagnées de fièvres et se bornent aux symptômes locaux de congestion et d'effusion au dehors d'une certaine quantité de fluide sanguin. Il n'est pas rare encore que les symptômes de congestion locale ne manquent, et que, le sang s'échappant à mesure qu'il arrive, l'hémorrhagie ne soit privée des symptômes qui constituent ce qu'on a appelé le *molimen hemorrhagicum ;* mais alors elle n'en est pas moins, comme nous l'avons dit, le résultat d'un mouvement actif et spontané des capillaires sanguins et des vaisseaux exhalants, qui appellent et livrent passage, à des époques déterminées, à une quantité de sang plus ou moins considérable.

Quoiqu'on voie assez d'exemples d'hémorrhagies internes qui se répètent tous les jours, tous les deux jours, tous les trois jours, et aux mêmes heures, comme les accès de fièvre intermittente, cependant il arrive beaucoup plus fréquemment que leur type se rapproche de celui que la nature a dévolu au flux menstruel, c'est-à-dire que le retour des accès hémorrhagiques ait lieu à des intervalles de temps plus éloignés, comme de huit, de quinze jours, et plus souvent de vingt-cinq ou trente jours, intervalle qui constitue le type mensuel ou lunaire. Ce dernier type au reste n'est point particulier aux hémorrhagies périodiques seulement, puisque nous avons vu plusieurs subinflammations intermittentes externes le présenter assez souvent. Les hémorrhagies internes peuvent aussi changer de type d'intermittence et en offrir plusieurs différents. C'est ainsi que la ménorrhagie sous le n° 302 présenta deux espèces de périodicité, une mensuelle et l'autre quotidienne, ne paraissant chaque jour que de midi à quatre heures et demie. On voit aussi sous le n° 313 une autre métrorrhagie qui présenta tour à tour les types tierce et quotidien.

Les hémorrhagies périodiques internes sont en général plus fréquentes que les externes, à part les épistaxis ; elles présentent dans l'intervalle de leurs accès une intermittence et une apyrexie si complètes que les malades se trouvent comme en parfaite santé, et ne ressentent souvent rien qui ait rapport à leur affection, si ce n'est une faiblesse proportionnée à la perte de sang qu'ils ont éprouvée. Il est assez rare de voir des hémorrhagies continues avec des exacerbations périodiques, c'est-à-dire

qu'elles présentent rarement le type rémittent si communn aux phlegmasies, avec lesquelles pourtant elles ont d'autant plus d'analogie qu'elles peuvent alterner par une espèce de mouvement critique, et qu'il suffit à l'irritation hémorrhagique d'être exaspérée par une cause stimulante quelconque pour passer à l'état inflammatoire. C'est ainsi qu'une impression vive de froid et de surprise peut transformer une hémoptysie, une ménorrhagie, en pleuro-pneumonite et en métro-péritonite aiguës.

Le nombre des accès que peuvent présenter les irritations intermittentes hémorrhagiques des viscères n'a rien de fixe ; elles ont cela de commun avec toutes les fièvres, avec toutes les affections périodiques. Il en est de même de la durée de leurs accès ; elle varie en général de quelques minutes ou de quelques heures à plusieurs jours.

Tout accès hémorrhagique interne peut être accompagné de fièvre, c'est-à-dire développer des phénomènes sympathiques plus ou moins sensibles ; mais le plus ordinairement il est borné à des symptômes locaux. S'il est arrivé dans quelques circonstances que les phénomènes sympathiques et fébriles aient été portés très loin, et qu'ils aient persisté même après la disparition de l'hémorrhagie périodique, c'est quand l'irritation d'abord sympathique des viscères, en particulier de l'estomac, est devenue prédominante et a rendu nulle ou à peine sensible l'irritation hémorrhagique, d'après le principe *ex duobus doloribus simul obortis vehementior obscurat alterum*. Il peut arriver aussi que les symptômes de l'irritation gastro-entérique soient plus ou moins sensibles en même temps qu'une exhalation hémorrhagique très abondante a lieu à sa surface et se trouve évacuée par des vomissements et par des selles de sang noir et liquide, comme dans l'observation recueillie par M. Trousseau, sous le nº 300. « Dans ce cas, une quantité de trois ou quatre livres de matière liquide, noire, quelquefois mêlée avec un peu de bile, était rejetée par les vomissements ou évacuée par les selles. L'épigastre devenait douloureux un peu avant chaque vomissement. Il nous sembla, dit ce médecin, que l'intermittence et la périodicité étaient les phénomènes dominants, et qu'il fallait à tout prix combattre la modification spéciale de l'organisme en vertu de laquelle une si grande quantité de sang venait à une heure fixe, et seulement à cette heure, s'épancher dans le canal intestinal. Nous crûmes à l'existence d'une fièvre intermittente pernicieuse hémorrha-

gique, et notre médication principale fut dirigée d'après cette idée. »

Les causes prédisposantes des hémorrhagies périodiques internes, sont une constitution forte, sanguine, pléthorique, un cœur volumineux et très irritable, une sorte d'orgasme général du système capillaire sanguin, la jeunesse, le printemps, les fortes secousses ou les exercices violents du corps, les passions ardentes comme la colère, les excès de table, une vie sédentaire interrompue tout-à-coup par des travaux fatigants, la transition subite du chaud au froid, l'omission d'une saignée et la suppression d'une évacuation habituelle quelconque. C'est ainsi que nous voyons sous le nº 299 un exemple d'hématémèse quotidien provoqué par la suppression des règles et guéri par leur retour, et sous les nºˢ 318 et 321 des hémoptysies causées par la suppression des hémorroïdes et guéries de même par leur retour. Ce sont là aussi les causes des hémorrhagies continues; mais il suffit de leur action répétée à certaines époques et de la disposition des malades pour que les hémorrhagies affectent le type périodique. D'ailleurs, quelles qu'en soient les causes, n'est-il pas reconnu que presque toutes les hémorrhagies sont intermittentes, et que ce type leur est en général plus familier que le type continu? non qu'elles présentent toujours une régularité parfaite dans leur développement, mais il est reconnu que la plupart reviennent par accès réguliers ou irréguliers.

Aux causes dont nous venons de parler et qui appartiennent à toute espèce d'hémorrhagie intermittente, il faut ajouter celles qui sont propres à chacune en particulier : ainsi pour l'hémoptysie, ce sont les efforts de voix brusques très violents et répétés à des intervalles plus ou moins rapprochés, une déclamation trop forte et trop vive, un coup ou un violent choc quelconque reçu dans la poitrine, l'étroitesse de cette cavité, les battements violents et précipités du cœur, la répercussion subite d'un exanthème, surtout de l'érysipèle et des dartres. Pour l'hématémèse, ce sont les grandes chaleurs de l'été, les contrastes de chaleur et d'humidité froide, la disparition rapide d'une affection goutteuse ou rhumatismale, la suppression des hémorroïdes, des menstrues, l'usage abusif des boissons tièdes et théiformes, surtout de certains assaisonnements, comme l'ail, les poireaux, la moutarde, les cornichons, les radis, etc. Nous connaissons une dame passionnée pour ces sortes d'assaisonnements, et qui éprouve tous

les mois, à l'époque de ses règles, une hématémèse plus ou moins sensible. Quand même l'écoulement menstruel s'établit comme de coutume, il est constamment précédé de quelque vomissement de matières sanguinolentes ou sanguines noirâtres ; mais si, par une cause quelconque, cet écoulement est peu abondant, s'il est retardé ou arrêté, alors les vomissements de sang se succèdent d'une manière effrayante ; ils fatiguent et affaiblissent beaucoup la personne dont il s'agit, qui est obligée de leur opposer le repos du physique et du moral, la diète et un régime convenable.

Les causes particulières de l'hématurie sont l'âge de retour, la suppression des hémorroïdes chez l'un et l'autre sexe, et la cessation des menstrues chez les femmes; des coups, des chutes sur la région hypogastrique, l'abus du coït et l'équitation forcée chez l'homme, la présence de quelques calculs ou graviers dans les reins et la vessie, le catarrhe chronique de la muqueuse qui tapisse ces organes, l'abus des diurétiques, l'action stimulante de certaines préparations aphrodisiaques.

Pour les hémorroïdes, ce sont la plupart des causes que nous avons assignées à l'hématurie et à l'hématémèse, auxquelles il faut ajouter une disposition naturelle ou héréditaire à la dilatation des vaisseaux hémorroïdaux, le froid et l'humidité des pieds, une vie sédentaire et passée presque tout entière dans la position assise, surtout si l'on se sert de siéges fourrés, et qui, entretenant une chaleur habituelle au fondement, appellent sans cesse le sang vers cette partie ; l'abus des lavements, des purgatifs, et la constipation qui en est presque toujours la suite : ces dernières causes, quoiqu'elles agissent en sens opposé, ne tendent pas moins au même résultat, en stimulant tour à tour et diversement la muqueuse recto-intestinale. Les causes déterminantes de la ménorrhagie sont, l'abus du coït, les passions ardentes, les pensées lascives, une vie molle, oisive, le passage rapide d'une vie sédentaire à une grande activité, la station debout trop long-temps prolongée, surtout à l'époque des règles, la danse fréquemment répétée, une marche forcée, l'âge critique, la suppression trop rapide des lochies après l'accouchement, ou du lait à l'époque du sevrage, etc.

Parmi les symptômes des hémorrhagies périodiques internes, il y en a plusieurs qui leur sont communs à toutes, comme les suivants : décoloration et sécheresse de la peau, sueurs par-

tielles, anxiété, défaillance, lassitude, refroidissement des extrémités, frissonnement, fréquence et petitesse du pouls, sentiment local de pesanteur, de chaleur, de titillation particulière, quelquefois de douleur. Mais tous ces symptômes sont bien loin de se présenter constamment dans chaque accès d'hémorrhagie périodique ; le plus souvent on n'observe point de phénomènes fébriles et sympathiques vers la peau, le cœur, le cerveau, la moelle épinière, etc. Il n'est pas rare que les symptômes locaux de douleur, de titillation et de pesanteur, manquent également. Combien de fois n'arrive-t-il pas qu'on n'observe nuls autres symptômes caractéristiques de l'accès hémorrhagique que l'écoulement du sang et un léger frissonnement général, une faible sensation de chaleur locale au moment où l'hémorrhagie survient !

Le diagnostic des hémorrhagies intermittentes internes est en général assez facile à établir, puisqu'on voit le sang couler et se porter au dehors par des orifices connus ; il y a cependant des cas qui peuvent en imposer et offrir quelques difficultés à cet égard : c'est ainsi qu'en voyant le sang sortir par la bouche, on peut douter avec raison si ce fluide vient de l'estomac ou des poumons ; s'il s'agit d'une hémoptysie ou d'une hématémèse. Voici à quelle différence on reconnaîtra l'une et l'autre : l'hémoptysie, plus fréquente que l'hématémèse, attaque ordinairement les jeunes gens de quinze à vingt ou vingt-cinq ans, tandis que l'hématémèse ne survient guère qu'après l'âge de trente-cinq ou quarante ans. La première est annoncée par une espèce de bouillonnement qui accompagne la respiration avec un sentiment de chaleur et d'anxiété dans la poitrine, dyspnée, coloration des pommettes, toux suivie de crachement de sang vermeil, écumeux, liquide, ou mêlé à des mucosités mousseuses. Dans l'hématémèse, le sang est rejeté en plus grande quantité à la fois, sans toux et par des efforts de vomissement ; ce liquide est noir, granuleux, jamais pur ; le plus ordinairement il est mêlé à diverses matières bilieuses, glaireuses et alimentaires ; il y a un sentiment de pesanteur, de gêne et d'ardeur dans la région épigastrique.

A partir du duodénum, l'exhalation sanguine qui s'opère quelquefois à la surface de la membrane muqueuse des intestins grêles et des gros intestins est évacuée par les selles, avec chaleur, sentiment douloureux de resserrement autour de l'ombilic

et dans les hypocondres, tranchées sans ténesme, et flux de sang plus ou moins abondant, en partie coagulé et noirâtre, mêlé ou non à des matières stercorales ; dans les hémorroïdes, il y a de plus un sentiment de gêne et de pesanteur vers le fondement et des envies assez fréquentes et souvent trompeuses d'aller à la selle ; celle-ci est plus ou moins pénible et douloureuse suivant qu'il y a un engorgement plus ou moins considérable des vaisseaux hémorroïdaux, suivant que la fluxion ou l'exhalation du sang est facile ou empêchée par une très grande irritation locale.

Dans l'hématurie, il y a également une distinction à faire entre l'hémorrhagie rénale et l'hémorrhagie vésicale : la première est précédée de douleurs profondes dans les reins, d'anxiété, d'envies infructueuses d'uriner ; le sang est porté au dehors sans douleur et plus ou moins pur ou intimement mêlé à l'urine. Dans le second cas, le sang est ordinairement évacué en grumeaux ou en petits caillots ; il y a des douleurs plus ou moins sensibles derrière le pubis, sentiment de chaleur et d'ardeur en urinant, et prurit à l'extrémité de la verge.

Il résulte des recherches anatomico-pathologiques les plus exactes touchant les hémorrhagies intermittentes et continues, que les membranes à la surface desquelles le sang est exhalé ne présentent en général que peu ou point d'altérations sensibles ; Morgagni et Bichat, ayant ouvert des individus qui avaient eu diverses hémorrhagies peu de temps avant de succomber, n'ont point trouvé les traces des ouvertures par lesquelles le sang s'était échappé. Quelquefois cependant on a trouvé les membranes muqueuses légèrement engorgées, parsemées de vaisseaux variqueux ou d'un grand nombre de petits points rouges et noirâtres. Ce n'est qu'à la suite d'hémorrhagies qui avaient duré très long-temps, et qui n'étaient elles-mêmes qu'un symptôme de quelque inflammation chronique, qu'on a trouvé les parois de ces membranes tuméfiées, épaisses, squirrheuses, et diversement corrodées ou altérées.

Le pronostic des hémorrhagies périodiques internes n'est pas en général bien grave, à moins qu'elles ne soient très abondantes et qu'elles ne s'opèrent sur des organes très délicats et indispensables à l'entretien de la vie, comme le cerveau et les poumons. D'autres, comme les hémorroïdes, bien loin d'être des affections graves et de faire courir des dangers aux malades, sont au contraire souvent utiles à l'entretien de leur santé et de-

viennent des espèces de fonctions par lesquelles leur économie se débarrasse d'une quantité plus ou moins considérable de sang dont l'accumulation pouvait y devenir funeste. Le pronostic dont il s'agit varie beaucoup selon diverses circonstances, et particulièrement selon la nature des causes, la violence des symptômes et le siége de la maladie; les hémorrhagies intermittentes qui se développent spontanément, surtout au retour du printemps, chez des individus pléthoriques ou qui ont négligé de se faire pratiquer une saignée habituelle, sont ordinairement favorables, à moins qu'elles n'aient lieu par des voies où ces sortes de raptus hémorrhagiques ne se répètent guère impunément à cause de la nature des organes et des fonctions qu'ils remplissent; mais il est toujours favorable que le sang soit porté au dehors par une hémorrhagie, au moment où il est près de s'accumuler dans les viscères pour y développer une inflammation ou des épanchements, surtout quand sa présence peut gêner ou suspendre l'action d'un organe indispensable à la vie, comme le cerveau en offre la preuve dans les cas d'apoplexies foudroyantes. Les congestions ou les épanchements qui ont lieu dans le foie, dans la rate, surtout pendant le frisson violent et prolongé de plusieurs fièvres intermittentes, sont moins redoutables à cause de l'ampliation facile et de l'extensibilité de ces organes; cependant ils peuvent encore être promptement funestes, comme Senac et Portal en rapportent des exemples; quelquefois cependant la nature est parvenue à débarrasser des rates qui avaient acquis un volume prodigieux par des évacuations sanguines opérées par la voie du canal digestif, comme Marcellus Donatus en rapporte deux exemples. Les hémorrhagies qui ont lieu par suite de coups et de violences extérieures sont, toutes choses égales d'ailleurs, moins graves que celles qui surviennent durant le cours de certaines inflammations, c'est ainsi que l'hématémèse et l'hématurie par causes externes sont bien moins redoutables que celles qui se développent par suite de phlegmasies chroniques de l'estomac ou de vieux catarrhes de la vessie.

Avant d'employer les moyens dont l'art peut disposer contre les hémorrhagies périodiques internes, il importe d'examiner s'il convient d'y avoir recours; car on ne peut pas douter, d'après ce que nous avons dit, qu'il n'y ait des hémorrhagies intermittentes des viscères véritablement utiles, dont il faut se contenter de suivre la marche, d'étudier les résultats, afin qu'ils ne

soient pas portés au-delà des bornes compatibles avec la santé; il importe quelquefois d'en favoriser ou d'en exciter le cours, et même de le rappeler s'il vient à être arrêté trop tôt et s'il peut en résulter des accidents plus graves que l'hémorrhagie elle-même. C'est ordinairement sous la forme hémorroïdale que se présente l'émission sanguine spontanée qui doit être respectée et même entretenue ou favorisée dans son cours : 1° parce que l'écoulement de sang qui a lieu à la surface de la muqueuse recto-intestinale ne peut point amener de désordres locaux funestes ; 2° parce qu'il y a peu de personnes chez qui les vaisseaux hémorroïdaux, placés dans la partie la plus déclive du tronc, ne soient pas plus ou moins engorgés, dilatés et variqueux ; 3° parce que c'est ordinairement du sang veineux, peu animalisé, et qui a déjà séjourné assez long-temps dans les nombreux replis du système veineux abdominal, qui s'écoule par le fondement et qui tend à dégorger convenablement des viscères toujours disposés à s'engorger et à contenir plus de sang qu'ils n'en ont besoin pour l'exercice régulier de leurs fonctions, tels sont surtout le foie, la rate, le mésentère ; aussi trouve-t-on dans les auteurs beaucoup d'exemples d'hémorroïdes intermittentes dont la suppression intempestive a été suivie d'accidents plus ou moins graves : nous en rapportons quelques uns sous les nos 321 et 325. Nous voyons aussi par l'expérience de Tissot que, même chez les femmes, ces sortes de flux doivent être respectés, car la suppression de l'hémorroïde quotidienne, sous le n° 307, amenait constamment des douleurs d'estomac, des angoisses pénibles, des vomissements si violents qu'ils n'auraient pas manqué d'être bientôt poussés jusqu'à provoquer l'hématémèse, si l'on ne s'était empressé de rappeler le flux hémorroïdal. Il y a aussi d'autres hémorrhagies périodiques qui paraissent remplir une espèce de fonction utile quoique insolite chez l'homme : c'est ce que prouvent les exemples d'hématurie sous le n° 324, principalement celui observé par M. Chaumeton chez un homme qui rendait chaque mois et régulièrement par l'urètre dix à douze onces de sang pur. Cet écoulement périodique offrait la plus grande analogie avec le flux menstruel par les phénomènes dont il était précédé, accompagné et suivi. La suppression de cette hématurie, occasionnée deux fois soit par l'immersion dans l'eau froide des extrémités inférieures, soit par un bain de tout le corps, fut constamment suivie de violentes douleurs dans les

lombes, de céphalalgies, de vomissements, d'un état de langueur et de fréquentes attaques de dysurie que cette espèce de menstruation vésicale fit aussitôt disparaître par son retour.

Il faut également savoir distinguer et respecter certaines hémorrhagies critiques qui surviennent durant le cours ou vers la fin des phlegmasies ; toutefois il serait dangereux d'établir d'une manière générale qu'il faut respecter toute hémorrhagie qui se manifeste au déclin ou durant le cours d'une inflammation aiguë (1) ; car il y a telle ou telle inflammation dont l'existence et la durée sont bien moins à redouter qu'une hémorrhagie de quelques heures, quand elle survient dans des organes dont les fonctions sont à la fois très délicates et indispensables à la vie ; nul doute, par exemple, qu'il ne faille arrêter sur-le-champ et dans tous les cas, une hémoptysie violente et une première attaque d'hémorrhagie cérébrale. Nul doute encore qu'on ne doive remédier le plus promptement possible à une hématémèse, à une hématurie, qui seraient dues à la disparition d'une dartre, d'un érysipèle, d'une affection goutteuse ou rhumatismale, et rappeler ou exciter ces affections, quelque violentes et aiguës qu'on les suppose. Il n'y a point de cas où l'on doive respecter une hémoptysie continue ou périodique, parce qu'il suffit de laisser prendre au sang une direction morbide vers les organes pulmonaires pour qu'il en résulte bientôt des récidives dont il ne sera plus permis de modérer ou de prévenir le retour, et qui amèneront infailliblement des altérations organiques incurables. Il est bien rare également qu'il faille respecter une hématémèse, une ménorrhagie, une hématurie. Sans doute il peut être convenable de ne point les arrêter sur-le-champ, mais il est toujours utile d'en modérer les accès, et quand ils sont terminés, d'en prévenir le retour par tous les moyens les plus convenables en pareils cas.

Le moyen le plus puissant dont l'art puisse disposer contre les hémorrhagies en général, c'est la saignée plus ou moins abondante et répétée selon le besoin ; c'est en diminuant la masse du sang et en rendant son cours plus libre qu'elle arrête ou prévient son afflux immodéré vers un organe quelconque. Il est peut-être assez indifférent de la pratiquer au bras ou au pied pour une hémorrhagie siégeant à la partie supérieure ou infé-

(1) *Dictionnaire abrégé des sciences médicales.*

rieure du tronc, quoique des praticiens pensent qu'il faut toujours choisir la veine la plus éloignée. Ce qu'il importe surtout, c'est de régler convenablement la quantité de l'émission sanguine, suivant l'âge, le sexe, le tempérament, suivant l'organe affecté et la tendance plus ou moins forte de l'hémorrhagie à se répéter. Il y a encore une règle générale qu'il ne faut point oublier, c'est de ne jamais tirer une trop grande quantité de sang à la fois ; il vaut mieux y revenir à plusieurs reprises selon le besoin ; l'état du pouls est d'ailleurs un guide assez sûr, et tant qu'il reste plein ou dur et vibrant, il ne faut pas hésiter de renouveler les saignées à des intervalles plus ou moins rapprochés. Après la saignée, ce sont les émissions sanguines locales par les sangsues et les ventouses scarifiées qui sont le plus utile, parce que ces moyens agissent comme révulsifs à la peau, en même temps qu'ils opèrent un dégorgement local plus ou moins avantageux ; ce dégorgement est d'autant plus nécessaire que l'hémorrhagie est accompagnée d'une congestion sanguine plus manifeste. C'est surtout quand l'hémorrhagie périodique est due à la suppression du flux hémorroïdal ou menstruel qu'il faut se hâter de les rappeler par les moyens dont il s'agit, appliqués autour de l'anus et de la vulve ; il convient alors d'employer un petit nombre de sangsues à la fois, d'en répéter l'application, et de la faire suivre de bains de siége, liquides ou en vapeurs.

Quand il s'agit d'un individu pâle et déjà beaucoup affaibli par des accès hémorrhagiques antérieurs, la compression circulaire des membres peut être employée avec succès et préférablement aux émissions sanguines ; nous l'avons appliquée avec succès aux deux bras chez une femme attaquée d'une hémoptysie violente à la suite d'une affection morale ; cette femme, parvenue à l'âge critique, était d'ailleurs sujette à une ménorrhagie qui l'avait considérablement affaiblie et décolorée. On a été obligé quelquefois, pour arrêter la violence de la ménorrhagie périodique d'employer le tamponnement, comme dans l'observation sous le n° 312, mais il est rare qu'on puisse compter sur l'efficacité de ce moyen mécanique.

Plusieurs moyens révulsifs sont quelquefois indiqués, tels que les vésicatoires, les sinapismes aux extrémités des membres, les frictions sèches ou irritantes pratiquées sur les endroits de la peau qui sympathisent le mieux avec les organes affectés, et surtout dans les lieux où existaient, soit un exutoire supprimé, soit des

affections cutanées ou articulaires qu'on aurait intention de rappeler ; d'autres fois on donne la préférence aux pédiluves et aux manuluves chauds, aux fomentations chaudes et sinapisées de la surface interne des membres, à l'usage des évacuants, des lavements émollients ou irritants, des cataplasmes adoucissants et narcotiques sur les points douloureux. Il est rare que les applications styptiques, réfrigérantes ou toniques puissent être employées sans inconvénients. Quant aux moyens généraux, c'est d'abord le repos du corps et la tranquillité de l'esprit, puis la diète ou un régime doux et fort peu nourrissant, les boissons délayantes et acidulées, telles que l'orangeade, la limonade, l'eau d'orge ou de riz oxymellée, ordinairement prises froides et en petite quantité à la fois, comme deux ou trois cuillerées tous les quarts d'heure. Chez quelques personnes, il faut une boisson douce et légèrement nutritive, comme l'eau de veau ou de poulet. Sydenham, affecté d'hématurie, se contentait pour tout remède, du repos, d'un régime doux et de l'usage abondant de la petite bière. C'est surtout daus l'hématurie qu'il faut bien s'abstenir de prescrire les boissons styptiques, nitrées, et même narcotiques. En général, les boissons fortes et chargées de principes diffusibles, aromatiques, résineux et toniques ne conviennent point ; il en est de même dans le traitement de l'hématémèse. Les boissons trop froides et acidulées sont presque toujours nuisibles contre l'hémoptysie, à cause de la réaction qui manque rarement d'avoir lieu du côté des poumons. Tels sont les principaux moyens dont l'emploi sagement combiné peut servir à arrêter ou à modérer tout accès hémorrhagique. Pendant l'intervalle d'un accès à l'autre, dès que la masse du sang se trouve réduite par les émissions sanguines à une quantité modérée, la seule indication à remplir, quand les accès continuent à se répéter, c'est l'administration du quinquina ou du sulfate de quinine pour en prévenir le retour. Il est à remarquer qu'une dose assez modérée de ce médicament suffit pour remplir ce but, quand elle a été précédée par l'usage convenable des émissions sanguines générales et locales. Mais il est bon de continuer l'emploi du sulfate de quinine pendant un certain temps après la cessation de l'hémorrhagie périodique, afin de rompre entièrement l'habitude morbide et de prévenir de nouveaux accès hémorrhagiques, surtout aux époques où ils avaient le plus de tendance à récidiver. Il est très utile, dans quelques circonstances

où l'hématose est trop active, l'action du cœur vive et énergique, d'insister sur un régime très peu nourrissant, sur l'usage exclusif des légumes mucoso-sucrés, des fruits juteux et acidules, sur la plus grande tranquillité possible du physique et du moral. On peut également associer avec avantage l'emploi de la digitale pourprée à celui du sulfate de quinine quand l'estomac est en état de supporter ces médicaments, car il n'est pas rare en pareille circonstance que cet organe ne soit d'une irritabilité extrême, qu'il ne faille prendre par conséquent beaucoup de précautions pour l'ingestion des médicaments dont il s'agit.

Observations qui prouvent l'existence des hémorrhagies intermittentes internes sous formes d'hémoptysie, d'hématémèse, d'entérorrhagie, de gastro-entérorrhagie, de ménorrhagie ou métrorrhagie, d'hématurie et d'hémorroïde périodiques, sous types quotidien, tierce, quarte, octane, quindécimane, mensuel, annuel et bisannuel.

Hémoptysies intermittentes quotidiennes.

N° 298. L'on rapporte (déc. 1er, an IV et V, obs. 93), qu'un jeune théologien ayant éprouvé une forte commotion du corps, éprouva tout-à-coup un crachement de sang assez considérable et qui dura plusieurs heures. Le malade croyait en être quitte, lorsque le lendemain matin cette hémorrhagie reparut à peu près aux mêmes heures; il en fut de même le jour suivant. Le crachement de sang dont il s'agit, était précédé et accompagné d'un peu de toux.

Christian Schrader parle d'une jeune personne âgée de quatorze ans qui tous les jours éprouvait régulièrement dans la matinée un crachement de sang plus ou moins considérable. Elle ne ressentait rien pendant le reste de la journée. (*Observ. médic., fascic.* 1er, p. 90.)

Hématémèse intermittente quotidienne et mensuelle.

N° 299. Dallar et Campardon rapportent le cas d'une fille dont les règles avaient été supprimées après avoir dansé. Elle fut attaquée de vomissements d'un sang noir et pareil à de la poix. Ces vomissements revenaient périodiquement à cinq heures après midi, pendant cinq jours de suite. Après ce temps, qui répondait à celui pendant lequel la malade était réglée, les vomissements cessaient pour revenir de la même manière un mois après. Les retours de cette évacuation insolite devinrent ensuite irréguliers, et la malade en guérit très bien par le retour de ses menstrues. (*Journal de méd. de Vandermonde*, t. XII.)

Nous connaissons une dame qui éprouve à chaque période menstruelle une hématémèse assez sensible, mais qui devient très abondante, et se trouve accompagnée de violentes douleurs d'estomac chaque fois que, par une cause quelconque, les règles ne reviennent point ou ne coulent qu'en petite

quantité aux époques dont il s'agit. C'est ainsi que, quand elle a l'imprudence de se livrer à son goût décidé pour les choses fortes, telles que radis, poivrons, cornichons, choucroûte, à une époque rapprochée de l'écoulement menstruel, celui-ci, au lieu d'avoir lieu par l'utérus, s'opère en totalité ou en grande partie par l'estomac.

Gastro-entérorrhagie quotidienne. (Fièvre pernicieuse hépatique.)

No 300. Un jeune homme de vingt-deux ans entre à l'Hôtel-Dieu de Paris dans le courant de septembre 1833. Il jouissait habituellement d'une bonne santé, et jamais il n'avait éprouvé de maladie du canal intestinal. Quatre jours avant d'entrer à l'hôpital, il éprouva à onze heures du matin un frisson, des envies de vomir et quelques coliques. Il alla aux lieux d'aisances, et en se plaçant sur le siége il vomit une énorme quantité de matières noires et s'évanouit. Cependant il recouvra ses sens, se mit au lit, et ne vomit plus de la journée. Le lendemain, vers midi, il ressentit encore un peu de frisson, suivi immédiatement d'un vomissement noir qui fut évalué à trois ou quatre livres. Pendant la nuit, il eut des garderobes également noires. Le lendemain, à onze heures, il entra à l'Hôtel-Dieu. Notre visite était faite, et nous ne le vîmes pas. A une heure après midi, il eut encore un léger frisson, et presque aussitôt il vomit environ cinq livres d'une matière noire, poisseuse, semblable à du goudron liquide, et tout-à-fait identique au vomissement noir des malades atteints de la fièvre jaune. Ce qu'il y avait de très remarquable, c'est que, avant le vomissement noir, il y avait des vomissements purement bilieux, et un quart d'heure après, les vomissements bilieux recommençaient pour durer jusqu'au lendemain. Pendant la nuit, le malade rendit par les selles six ou huit livres d'une matière noire semblable à celle qu'il avait vomie.

Nous le vîmes à sept heures du matin. Il était profondément pâle, et tellement affaibli que le plus léger mouvement était fort difficile. Le pouls était mou et fréquent. Nausées continuelles, vomissements verdâtres et exhalant l'odeur de la bile. Ventre souple et indolent : le foie, la rate, l'estomac, ne présentèrent à la palpation rien d'anormal. L'épigastre devenait fort douloureux un peu avant le vomissement noir.

Il était évident qu'une nouvelle hémorrhagie serait mortelle. Les trois qui avaient eu lieu s'étaient reproduites à vingt-quatre heures d'intervalle, et la dernière avait été plus abondante que la première. Il nous sembla que l'intermittence et la périodicité étaient les phénomènes dominants, et qu'il fallait à tout prix combattre la modification spéciale de l'organisme en vertu de laquelle une si énorme quantité de sang venait, à une heure fixe, et seulement à cette heure, s'épancher dans le canal intestinal. Nous crûmes à l'existence d'une fièvre intermittente pernicieuse hémorrhagique, et notre médication principale fut dirigée d'après cette idée. Toutefois, il nous parut convenable de porter en même temps sur la membrane muqueuse gastro-intestinale un agent thérapeutique capable de produire une astriction assez énergique. On prescrivit donc une potion avec trente grains de sulfate de quinine, et un grain d'extrait aqueux d'opium. Un lavement avec une décoction de quinquina, et laudanum de Sydenham dix gouttes ; trois potions effervescentes de Rivière, en doublant la dose d'acide tartarique ; eau glacée pour boisson.

La moitié de la potion avec sulfate de quinine fut prise à neuf heures et demie. A onze heures, il y eut un vomissement de sang que l'on put évaluer à une demi-livre tout au plus. Les nausées continuèrent, et pendant la nuit les garderobes furent noires comme la veille. Le lendemain matin, les

nausées duraient encore, il y avait eu quelques vomissements bilieux. Le même traitement fut continué pendant quatre jours, etc.; la fièvre ne se reproduisit plus. Les maux de cœur cessèrent au bout de deux jours, et la convalescence ne fut entravée par aucun accident. Le malade sortit de l'hôpital un mois après y être entré : sa santé était parfaite. (Trousseau, *Journal des Connaiss. médico-chirurgicales*, 1833.)

Ménorrhagie intermittente quotidienne. (Fièvre intermittente larvée ou partielle.)

No 301. Une fille âgée de quarante ans, d'un tempérament sanguin, ayant toujours joui d'une assez bonne santé, fut attaquée, sans cause connue, d'une perte de sang périodique. Chaque jour, vers les six heures du matin, il lui survenait quelques frissons qui ne se faisaient sentir que vers la région de la matrice; une chaleur assez forte et fixée à la même partie se manifestait ensuite, et alors le sang coulait très abondamment. Vers midi, l'hémorrhagie s'arrêtait d'elle-même. Après avoir inutilement employé les délayants, les adoucissants, les tempérants, les styptiques, les saignées révulsives et quelques minoratifs, j'eus recours au quinquina. Les retours périodiques de cette perte, la façon dont elle se présentait et se terminait, me firent soupçonner que ce n'était peut-être qu'une *fièvre intermittente partielle.* Ni le pouls, ni les urines, ne m'indiquaient ce genre de maladie; mais le succès confirma mon idée. Deux onces d'écorce du Pérou emportèrent totalement jusqu'au moindre vestige du mal. (Picqué, *Journal de médecine*, t. XLII, an 1774.)

Ménorrhagie intermittente quotidienne et mensuelle.

No 302. Mademoiselle Virginie ***, âgée de vingt-deux ans, d'un tempérament sanguin, avait toujours été régulièrement menstruée pendant quatre jours chaque fois, et avec abondance. Le 13 avril 1821, les règles revinrent à leur époque ordinaire, mais coulèrent douze jours au lieu de quatre, et furent accompagnées de douleurs vives dans le ventre et les reins; ces douleurs se faisaient surtout sentir de midi à quatre heures, et la force de l'écoulement augmentait pendant leur durée. Le mois suivant (mai), l'époque des règles n'offrit rien de particulier; mais le mois d'ensuite (juin), même état qu'en avril. Au mois de juillet, l'écoulement des menstrues fut naturel. Au mois d'août il fut encore troublé. Cette fois, les quatre premiers jours de la menstruation se passèrent naturellement; mais, au bout de ce temps, la malade ayant éprouvé une impression morale vive, cet écoulement changea de caractère. Tous les jours la malade était prise, à midi, de douleurs vives dans l'hypogastre et la partie la plus déclive des lombes : leur intensité s'accroissait, puis diminuait peu à peu. Vers quatre heures et demie, elles cessaient entièrement; elles étaient accompagnées d'un écoulement de sang très abondant, dont la quantité était en rapport direct avec leur intensité. La malade éprouvait en outre, dans la région hypogastrique, le sentiment d'une tumeur qui se déplaçait en obéissant à son poids. Dans l'intervalle des accès, sauf un très léger suintement sanguinolent par la vulve, la santé était parfaite. Ces accès revenaient quotidiennement depuis six jours, et avec une intensité toujours croissante. Lorsque je fus appelé, l'accès touchait à son terme. Le ventre était mou, plus résistant dans la région hypogastrique, où cependant je ne distinguai pas la forme du globe utérin. La pression était douloureuse en cet endroit. Le pouls, sans fréquence, n'offrait ni développement, ni dureté morbide. Les douleurs et l'écoulement du sang commençaient à diminuer; on n'observait rien de plus. Je conseillai la limonade, le repos, et je fis poser de suite dix-huit sangsues sur le bas-ventre. La nuit fut tranquille comme les

précédentes; et le lendemain matin (11 août) je trouvai la malade sans fièvre, sans douleur et sans écoulement de sang. Ce jour, l'accès avança de deux heures et demie, fut moins long, mais plus violent encore que les jours précédents. A neuf heures du soir, la malade prit un scrupule d'extrait sec de quinquina. La nuit fut calme comme d'ordinaire. Le 12 août, l'accès revint à midi, ne fut pas plus long que la veille, mais avait considérablement perdu de sa violence. Les douleurs étaient légères, et le sang coula à peine. Avant et après l'accès, l'appétit fut très vif. Le soir deux scrupules d'extrait sec de quinquina. Le lendemain, les symptômes ne reparurent plus. Je fis encore prendre une dose de quinquina, semblable à la précédente. La guérison fut complète. (Deslandes, *Bibliothèque médicale*, t. LXXVIII, 1822.)

Métrorrhagie quotidienne. (Fièvre pernicieuse de l'auteur.)

N° 303. Marie Roquette, femme Espitalier, âgée de trente-un ans, d'un tempérament nerveux-hystérique, étant parvenue au troisième mois d'une quatrième grossesse, avorta par suite d'une commotion morale, le 25 avril 1823. Cet accident n'eut pas d'abord des suites funestes, et Marie Roquette jouissait encore de la meilleure santé, le 8 mai suivant, lorsqu'elle fut prise tout-à-coup d'une hémorrhagie utérine, à trois heures après midi. Le sang et les caillots étaient abondants; la malade et les parents s'alarmèrent, et je fus appelé. La figure présentait cette physionomie sinistre qui fait connaître les accès insidieux; la malade du reste paraissait calme, et aucun symptôme ne pouvant me bien fixer sur la nature de la maladie, je me contentai d'ordonner une limonade légère. La nuit fut agitée; la malade, naturellement mobile, fut en proie à une exaltation extrême; mais la langue était dans son état naturel, l'abdomen était souple et sans douleur; et quoique le pouls fût petit et concentré, je ne pouvais encore bien asseoir mon jugement.

Le 9 au matin, l'hémorrhagie diminua successivement, et cessa tout-à-fait vers dix heures et demie. Marie Roquette resta pâle, défaite, et dans un accablement qui contrastait fortement avec sa vivacité ordinaire. Je me réduisis encore à l'expectation. Le calme continua jusqu'à trois heures; mais à peine venaient-elles de sonner que le sang reparut en abondance, et l'accès parcourut ses périodes comme le précédent. Dès qu'il fut terminé, on administra dix grains de sulfate de quinine, et le troisième paroxysme n'eut pas lieu.

Les jours suivants, je diminuai les doses de quinine. Bientôt je pus permettre les aliments, et à la fin du mois la guérison était complète. (Daniel, *Éphémérides médicales de Montpellier*, t. IV, 1827.)

Métrorrhagie intermittente quotidienne.

N° 304. La femme d'un laboureur, âgée de trente-six ans, mère de cinq enfants, dont le dernier était âgé d'un an et demi, était réglée parfaitement depuis sa dernière couche; sa santé générale était très bonne. Elle se fatigua beaucoup aux travaux de la moisson, par une chaleur de 28 degrés. Le 21 août, elle fut prise d'une métrorrhagie foudroyante, à deux heures de l'après-midi. Cette hémorrhagie reparut les jours suivants à la même heure; et le 24, la malade était dans un état d'affaiblissement extrême, ayant le pouls petit et vacillant, la face pâle, etc. On ordonna le repos, la position horizontale, l'application de compresses froides sur l'abdomen. Le lendemain, l'hémorrhagie reparut à la même heure avec une nouvelle violence. Le type intermittent qu'elle affectait, décida l'auteur à employer la formule suivante : poudre de quinquina, une once; de cannelle et de sel ammoniac, de chacun cinq grains; divisez en huit grains; à prendre toutes les heures dans une cuillerée de laudanum de Sydenham. Le 26, l'hémorrhagie ne re-

parut plus, et l'état de la malade était très satisfaisant. (Schmidtmann, *Journal de Hufeland,* 1831.)

Hématurie à type quotidien.

N° 305. M. Gergerès est appelé auprès d'un jeune homme, capitaine de navire, jouissant habituellement d'une bonne santé, qui fut pris pendant deux heures de frissons très vifs, et après lesquels se développa une forte chaleur. Pendant cette période, le malade eut besoin d'uriner; mais au lieu d'urine, il rendit par l'urètre une grande quantité de sang. Quelques heures après, une sueur s'établit, et le malade se crut guéri. Le lendemain, à la même heure, retour des mêmes accidents fébriles et de l'évacuation du sang. M. Gergerès prescrit un traitement émollient tant interne qu'externe. Les symptômes cédèrent encore à la même heure que dans le premier accès. Le troisième jour, les mêmes phénomènes se reproduisirent encore avec plus de violence. Dès lors on s'empressa, vers la fin de l'accès, d'administrer le sulfate de quinine à la dose de vingt-cinq grains; ce moyen mit fin à tous les accidents et empêcha leur retour. (*Journal de la Société royale de médecine de Bordeaux,* 1837.)

Hématurie avec le type quotidien.

N° 306. Christophe Burgmann a observé un pissement de sang périodique chez une femme très sanguine, âgée de soixante-quinze ans. Il récidivait tous les matins à cinq heures, et teignait les urines d'une couleur rouge noirâtre. Vers les huit heures, la couleur des urines devenait moins chargée; elles contenaient une moindre quantité de sang; à midi, cette couleur était naturelle et persévérait ainsi jusqu'au lendemain matin à cinq heures. Cette urine noirâtre était un vrai sang qui continua à couler ainsi pendant deux mois. (*Commerc. litt., Norimb.,* 1733.)

Hémorroïdes intermittentes quotidiennes.

N° 307. J'ai vu, dit Tissot (lettre à Zimmermann), en 1750, une femme qui perdait tous les jours, à peu près aux mêmes heures, environ dix-huit onces de sang par les veines hémorroïdales; en sorte que la somme de ces pertes faites dans l'espace d'une année, et pesées assez exactement, passait quatre cent douze livres.

Il arriva deux fois que le sang cessa de couler pendant deux jours, et cette femme fut attaquée d'une cruelle douleur d'estomac, avec une angoisse excessive et des maux de cœur continuels, en sorte qu'elle vomissait tout ce qu'elle avait avalé. Ces symptômes ne cessèrent que lorsque l'écoulement dont il s'agit fut rétabli; et il n'est pas douteux qu'ils n'eussent dégénéré en vomissement de sang, si le flux hémorroïdal avait été plus long-temps supprimé.

Hémoptysie intermittente tierce. (Fièvre intermittente larvée.)

N° 308. Un homme âgé de trente ans avait tous les deux jours, vers les neuf heures du matin, un frisson suivi d'un froid intense, d'un sentiment de douleur et de gêne dans la poitrine et de la fréquence du pouls. A mesure que le froid disparaissait, il survenait de la sécheresse et un sentiment de titillation dans la gorge, puis il se manifestait une toux sèche et violente; la face se gonflait, les lèvres prenaient une teinte livide; enfin, le malade rendait, en toussant, une grande quantité de sang vermeil et écumeux qui faisait disparaître la titillation, l'anxiété de la poitrine, et qui le soulageait considérablement. Après cette évacuation sanguine, la toux s'arrêtait peu à peu, et avec elle le crachement de sang. Le paroxysme terminé, le malade

ne se plaignait d'aucune incommodité ; la respiration devenait libre, il conservait ses forces et son appétit. Après que j'eus observé trois paroxysmes semblables, dit Storck, j'administrai en trente-trois heures une once et demie de quinquina. L'effet de ce médicament fut si heureux, qu'il n'y eut plus depuis lors la moindre trace du paroxysme ; on ne vit plus reparaître ni la toux, ni la fièvre, ni l'hémorrhagie. On continua pendant quelques jours, et à petite dose, l'emploi du quinquina ; le malade fut si bien guéri, qu'en peu de temps il prit de l'embonpoint. Sa respiration fut dès lors toujours libre, et quoiqu'il marchât rapidement, ou qu'il montât des escaliers, il ne ressentit plus la moindre gêne dans la poitrine ; il ne fut plus sujet à la toux ni au crachement de sang. (Storck, *Ann. medec. secund.*, p. 100.)

Le docteur Gaétan Caturegli rapporte l'observation d'une hémoptysie grave qui présenta le type intermittent. Cette hémorrhagie commença le 26 juillet et dura à peu près jusqu'au 20 du mois d'août suivant ; ce n'est qu'à cette époque que les crachats furent tout-à-fait exempts de traces sanguinolentes Quoique l'exemple d'hémoptysie intermittente dont il s'agit ne soit pas des mieux caractérisés, et que l'intermittence fût à peine sensible dans le commencement de la maladie, l'auteur en a profité pour établir une nouvelle espèce de fièvre intermittente *ataxique* ou *pernicieuse* qu'il appelle *hémoptysique*. (*Mémoires de la société médicale de Bologne*, t. I, 1807.)

Hémoptysie périodique, type tierce.

N° 309. Madame Dayat, âgée de soixante-deux ans, assez pléthorique, fit appeler M. Mermet dans la soirée du 20 février 1830. Comme il était absent, M. le docteur Bonet visita la malade à laquelle il trouva beaucoup de fièvre, une vive douleur dans la poitrine et de la difficulté de respirer. Elle avait déjà vomi une grande quantité de sang et continuait à en rendre par gorgées. M. Bonet n'hésita pas à lui pratiquer une forte saignée et à couvrir les jambes de moutarde ; il prescrivit en outre une boisson délayante et la diète. Le lendemain matin, M. Mermet vit la malade. Elle avait de la fièvre, de l'oppression ; elle expectorait encore du sang, mais souffrait moins que la veille. Il ordonna un looch blanc, des lavements émollients et le silence le plus absolu. Le pouls était encore très plein, il fit placer vingt sangsues aux cuisses ; le sang ayant coulé abondamment, la malade parut soulagée ; la fièvre et le crachement de sang diminuèrent d'une manière sensible. Cependant la nuit suivante il survint un nouvel accès de fièvre avec hémoptysie moins active que la première. Même prescription que la veille excepté la saignée ; vers le matin, l'accès se termina par une sueur générale, et la malade rendit des urines briquetées ; la journée fut bonne ; le soir, nouvel accès présentant les mêmes caractères. M. Mermet profita de l'apyrexie pour administrer, dans l'espace de six heures, six grains de sulfate de quinine, étendus dans une potion de six onces. Il y eut encore un quatrième accès, mais il fut très faible. On continua la même potion pendant quatre jours, et la maladie disparut complétement, seulement la convalescence fut assez longue. (*Société de méd. de Lyon*, 1831.)

Hématémèse à type tierce.

N° 310. Louise Dubuisson, culottière, âgée de quarante-deux ans, d'un tempérament sanguin, éprouva à la suite d'une suppression des menstrues, une gastro-entérite sous forme adynamique dont elle fut guérie. Ses règles ne reparurent point, et six mois après elle eut une hémorrhagie par le canal de l'urètre ; mais elle ne tarda pas à s'arrêter ; elle fut bientôt remplacée par une violente hémoptysie qui l'obligea d'entrer à l'hôpital de la Charité, le

17 avril 1823. Pendant les cinq premiers jours de son arrivée, on lui pratiqua journellement une saignée du bras. On prescrivit des potions gommeuses et des boissons adoucissantes, et l'hémoptysie cessa. Quatre jours après la cessation de cette hémorrhagie, il se manifesta tous les deux jours un crachement de sang d'une teinte d'abord jaunâtre, qui prit bientôt une couleur noire. Cet état dura une douzaine de jours, pendant lesquels trois nouvelles saignées lui furent pratiquées. La malade ressentant des douleurs au côté gauche de la poitrine, on lui appliqua cinquante sangsues en deux fois, et ce traitement diminua l'hémorrhagie. Cependant l'épigastre devenait très sensible, et le sang, conservant toujours sa couleur noire, était rejeté presque sans toux, de telle sorte qu'il paraissait être rendu en totalité ou en partie par l'estomac. L'hémorrhagie cessa de revenir de deux jours l'un, et mit cinq ou six jours sans reparaître; le pouls se releva un peu jusqu'au 20 mai, où la malade rendit par l'anus une grande quantité de sang avec douleur et ténesme; le vomissement recommença avec plus de violence. On lui appliqua trente sangsues à l'anus; la malade éprouva un grand soulagement. Elle ne rendit plus de sang par le rectum, et l'hématémèse diminua. Un vésicatoire fut appliqué sur l'épigastre; mais quelques jours après l'hématémèse et l'hémorrhagie rectales reparurent avec beaucoup d'intensité, accompagnées de vives douleurs et d'oppression très forte à la région épigastrique. On mit au creux de l'estomac et sur la poitrine un assez bon nombre de sangsues; les révulsifs furent employés, tels que les sinapismes aux extrémités, les pédiluves irritants qu'on répéta souvent dans le cours de la maladie. La malade resta un peu calme pendant quelques jours; l'hématémèse reparut encore à différents intervalles et avec une intensité variée; les lavements huileux, les fomentations émollientes, le régime, de nouvelles applications de sangsues et même de nouvelles saignées lui furent opposées; et la malade sortit de l'hôpital dans un état satisfaisant, mais rendant encore des crachats sanguinolents de temps à autre. (Silva, *Dissertation sur l'hématémèse*, 1824.)

Ménorrhagie intermittente tierce. (Fièvre pernicieuse ménorrhagique.)

No 311. M. Arloing rapporte qu'il a vu une hémorrhagie intermittente tierce de l'utérus, qui était accompagnée de fièvre, et qu'il appelle une fièvre tierce *ménorrhagique.* Cette affection avait lieu chez une dame âgée de trente-six ans, bien constituée, d'un tempérament sanguin. La perte fut si abondante pendant les deux premiers accès, que la malade était décolorée, faible à ne pouvoir se soulever, et tombant en syncope au moindre mouvement Ces accès débutaient par un froid léger, mais général, et la débilité, déterminée par l'hémorrhagie, rendait la réaction fébrile extrêmement faible. On se hâta de prévenir le troisième accès en donnant le quinquina. (*Journal général de méd.*, t. LVIII.)

Ménorrhagie fébrile à type tierce. (Fièvre essentielle intermittente hémorrhagique.)

No 312 Une femme âgée de trente-sept ans, mère de six enfants, fit une fausse couche, le 19 février 1806, à trois mois et demi ou quatre mois de gestation. Elle était bien rétablie, lorsque le 14 avril, elle ressentit un frisson avec tremblement suivi de chaleur et de sueur; elle éprouva, en même temps que le frisson, une hémorrhagie utérine qui continua jusqu'au moment où la chaleur et la sueur se développèrent. M. le docteur Routier, appelé vers la fin de l'accès, trouva le col de l'utérus dans l'état naturel. Il fit gar-

der le lit à la malade, prescrivit une infusion de camomille, et fit appliquer sur le ventre des compresses trempées dans le vinaigre. Le 15, nulle altération; la malade se lève et vaque à ses affaires. Le 16 dans la matinée, nouvel accès avec hémorrhagie, comme la première fois; même prescription. Le 17, point de fièvre. La malade prend vingt-quatre grains d'ipécacuanha et un grain de tartre stibié. Le 18, frisson avec hémorrhagie assez considérable pour produire la syncope. M. Routier tamponne le vagin, et fait ajouter à chaque tasse d'infusion de camomille quelques gouttes d'élixir de propriété. Les accidents se terminent, comme dans les paroxysmes précédents, par la chaleur et la sueur. Le 19, apyrexie, la malade est seulement faible; elle prend un peu de nourriture; le tampon est retiré du vagin et remplacé par un nouveau. Le 20, quatrième accès avec hémorrhagie et syncope; même terminaison que dans les autres. M. Routier reconnut alors la nécessité d'arrêter la maladie par le quinquina; mais comme la malade répugnait à le prendre en poudre, il lui donna deux gros d'extrait de cette écorce dans une potion appropriée. Le 22, autre accès, mêmes accidents. Le 23, intermittence parfaite; la malade prend du quinquina en substance. Le 24, léger ressentiment de fièvre, sans perte de sang. On donna l'extrait de quinquina pendant quelques jours, et le sixième accès n'eut pas lieu; la malade entra dès lors en convalescence. (*Journal de Corvisart, Leroux*, etc., janv. 1815.)

Métrorrhagie intermittente, type tierce et quotidien.

N° 313. Madame G***, âgée de trente-cinq ans, ayant déjà eu quatre enfants, devint enceinte pour la cinquième fois, après un intervalle de huit ans. Arrivée au sixième mois de sa grossesse, elle eut de temps en temps de légères pertes, qui se renouvelèrent six fois jusqu'au neuvième mois où elles devinrent plus fortes et plus inquiétantes. Les premières fois on parvenait à les apaiser par des saignées du bras, par l'usage de la poudre tempérante et l'oxycrat; mais à la fin, ces moyens étant insuffisants, M. le professeur Lobstein fut appelé au secours de cette malade. Le 14 janvier, elle se plaignait de maux de reins, et était tourmentée par une toux catarrhale. Rien n'annonçait, chez elle, le commencement du travail. En la touchant on ne put atteindre l'orifice de la matrice, qui paraissait cachée par des caillots de sang. On ne distingua rien aussi de l'enfant à travers les parois de la matrice. L'hémorrhagie ayant à peu près cessé, la malade étant forte et sanguine, son pouls fort et élevé, M. Lobstein se contenta de lui recommander le repos, et lui prescrivit une potion rafraîchissante et propre à calmer la toux et les maux de reins. L'hémorrhagie fut arrêtée pendant toute la journée du 14, et reparut un peu vers les deux heures du matin. Elle cessa pendant la journée du 15, et la malade sortit même de son lit. Elle recommença dans la nuit du 15 au 16, à une heure du matin, plus forte et plus inquiétante que jamais; elle ne put être arrêtée qu'au moyen d'applications froides sur le bas-ventre. La journée du 16 fut bonne; mais dans la nuit du 16 au 17, à minuit, la perte reparut, quoiqu'avec moins de force que la nuit précédente. Outre cette périodicité, il y avait ceci encore de particulier, que chaque accès était précédé d'une douleur dans la région iliaque droite, sur laquelle la malade ne pouvait plus se coucher, et que cette douleur cessait dès que le sang commençait à paraître; une seconde particularité, c'est que la toux disparaissait comme par enchantement aussitôt que l'hémorrhagie se déclarait.

La journée du 17 et la nuit du 17 au 18 se passèrent sans accidents. Il en fut de même du jour et de la nuit suivants. Mais dans celle du 19 au 20, l'hémorrhagie se renouvela à onze heures du soir, et devint même assez inquiétante. Cependant, elle s'arrêta par les applications froides et l'eau vinaigrée. Dans la nuit du 20 au 21, l'hémorrhagie fut moins considérable; mais

dans la nuit suivante, elle devint plus forte. Cette dame crut remarquer elle-même que les pertes étaient assujetties à un type intermittent. On lui prescrivit, le 22, une décoction de quinquina, qui fut continuée pendant plusieurs jours. Le 23, 24 et le 25, la perte diminua de plus en plus et ne suivit plus de périodicité; mais il se déclara, dans les reins et dans la région hypogastrique, une douleur qui parut être l'avant-coureur du travail de l'enfantement. Le 26, aucun accident. Le 27, les douleurs commencèrent le matin; l'orifice de la matrice s'ouvrit, la poche des eaux se tendit, et l'on s'aperçut que le placenta n'était pas greffé sur l'orifice de l'utérus, comme on se l'était imaginé. L'accouchement fut assez prompt; l'enfant mâle fut vivant et bien constitué. (Brossard, *Dissertation sur l'hémorrhagie utérine.*)

Métrorrhagie intermittente tierce. (Fièvre pernicieuse métrorrhagique.)

N° 314. Madame B***, âgée de vingt-six ans, d'un tempérament lymphatique, ayant déjà fait plusieurs fausses couches, éprouve, sans cause appréciable, vers les dix heures du soir, le 21 novembre 1826, de petits frissons, puis des douleurs lombaires, et après s'être couchée, une perte accompagnée d'un tremblement assez violent. Cet état dure une heure; l'écoulement sanguin diminue avec le retour de la chaleur, à laquelle succède de la sueur vers le matin. La femme affaiblie croit devoir l'attribuer au sang perdu. La nuit du 22 au 23 a été moins pénible que celle du 21 : le sang n'a presque pas coulé, le frisson a été à peine sensible; la malade espère son retour prompt à la santé. Mais le 23, à dix heures du soir, tous les symptômes se représentent avec plus de violence que le 21; le frisson est violent; le sang coule avec une effrayante activité; des convulsions viennent compliquer cet état désespérant. C'est au milieu de tous ces symptômes que je suis appelé : le visage de la malade est pâle et annonce le découragement; elle reste couchée sur le dos; son pouls est petit, dur, et la soif vive. Potion calmante à prendre par cuillerées, deux par heure; dissolution de sulfate de fer; décoction de ratanhia; application de topiques froids et acidulés sur les parties génitales.

Visite du 24 : tous les accidents ont disparu pendant la nuit; la chaleur s'est rétablie; la malade n'a point de fièvre; plus de douleurs lombaires. Continuation des mêmes moyens.

Dans la nuit du 24 au 25, le frisson et la perte reparaissent, faibles à la vérité, mais le sang coule encore à ma visite du matin. La malade, qui, hier après sa perte, avait reparu recouvrer son courage, maintenant ne pense plus qu'à mourir. Tout paraît faire présager une nuit terrible. Ayant remarqué que la perte n'était si violente que pendant le froid de l'accès, et présumant avoir affaire à une fièvre pernicieuse, que je crois devoir nommer *métrorrhagique*, la malade ne pouvant se résoudre à prendre du quinquina en poudre, je prescrivis une potion avec dix grains de sulfate de quinine, qui fut prise en quatre fois à une heure d'intervalle entre chaque prise; le dernier quart de la potion avait été pris à midi, c'est-à-dire deux heures avant le frisson, j'attendis avec anxiété le retour de l'accès. J'eusse pu faire prendre une plus grande dose de sulfate, mais je dois faire observer que cinq grains m'avaient toujours suffi pour prévenir le retour des accès ou les suspendre. L'accès, qui aurait dû, d'après les antécédents, être très violent, fut nul ou à peu près nul, et j'eus la satisfaction de voir ma malade presque sauvée. Le sulfate continué à une plus faible dose pendant plusieurs jours, la décoction de ratanhia et les amers ont suffi pour guérir la malade, qui depuis est devenue enceinte et est accouchée à terme d'un enfant fort et bien portant. (Thomas, *Nouvelle Bibliothèque médicale,* 1828.)

Hémoptysie intermittente quarte.

N° 315. Alexandre Thomson a observé l'exemple d'un crachement de sang qui avait lieu régulièrement tous les trois jours chez une femme.

Cette hémorrhagie périodique persista pendant plus d'une année ; cependant la personne qui y était sujette avait ses évacuations sexuelles bien régulièrement. (*Observ. d'Edimb.*, vol. 3e.)

Hématémèse et ménorrhagie intermittentes avec le type octane.

N° 316. Gesner rapporte qu'un mari jaloux ayant jeté sa femme sur le plancher, la foula aux pieds; en conséquence elle fut prise d'un vomissement qui récidivait tous les huit jours , avec de très vives douleurs, et à des heures fixes. A peine les récidives étaient-elles finies, qu'elle se trouvait assez bien, sinon qu'elle n'avait pas d'appétit. (Schenck, *Observ. med.*, pag. 361.)

Samuel Charles rapporte qu'il a vu une femme, âgée de quarante ans , qui était sujette à un écoulement menstruel et à des hémorroïdes , qui avaient lieu en même temps et qui paraissaient régulièrement tous les huit jours. (*Act. natur. curios.*, vol. 3, obs. 83.)

Ménorrhagies, type quindécimane.

N° 317. On trouve dans la collection que je viens de citer (cent. 7 et 8, obs. 39) l'exemple d une fille qui avait régulièrement, tous les quatorze jours, un écoulement menstruel assez abondant qui continuait à avoir lieu pendant cinq ou six jours de suite. Cette fille avait déjà eu pendant six mois l'écoulement dont il s'agit, sans que sa santé en eût éprouvé aucune atteinte, elle était au contraire toujours forte et même pléthorique.

Hatte rapporte, dans le deuxième volume de l'ancien *Journal de médecine*, l'exemple d'une femme qui, pendant tout le temps qu'elle allaitait, avait un écoulement menstruel tous les quinze jours; hors ce temps elle était réglée comme dans l'état naturel, c'est-à-dire tous les mois.

Hémoptysie intermittente mensuelle.

N° 318. Une femme âgée de trente-deux ans, mère de plusieurs enfants, ordinairement pâle et très laborieuse, s'étant exposée au froid au moment où ses règles commençaient à couler, fut prise tout-à-coup d'une violente hémoptysie accompagnée de toux. Cette femme n'en continua pas moins ses travaux ordinaires, et fut délivrée de l'affection dont il s'agit au bout de cinq jours ; elle croyait en être délivrée pour toujours, mais lorsque l'époque de ses règles fut revenue, elle ressentit une douleur gravative dans le côté et une sorte de titillation ou d'orgasme vers le haut de la poitrine, qui furent les avant-coureurs de l'hémoptysie et de la toux , qui ne tardèrent pas à se manifester comme auparavant; le sang des crachats était d'un rouge vermeil. La malade ne s'en inquiéta point, jusqu'au troisième accès ou jusqu'à la troisième époque des règles , que les mêmes symptômes se manifestèrent encore avec une douleur violente dans le côté , crachement de sang , toux, etc.; alors la malade, craignant les suites de cette affection, se décida à invoquer les secours de l'art. On lui pratiqua une saignée du pied , et on lui prescrivit différents remèdes propres à augmenter l'écoulement des menstrues, qui avait lieu en même temps que l'hémoptysie, mais en moindre quantité qu'à l'ordinaire. La malade négligea bientôt les remèdes qu'on lui avait prescrits : ses règles cessèrent entièrement de couler ; mais étant fort heureusement devenue enceinte, elle fut complétement délivrée de son hémoptysie périodique. (N. Pechlin , déc. 1er, an. IX et X, obs. 27.)

Hémoptysie mensuelle. (Fièvre hémorrhagique sous forme d'hémoptysie.)

Nº 319. Je connais une demoiselle âgée de vingt-huit ans qui, depuis sa première menstruation, avait toujours eu des règles abondantes. Vers l'âge de vingt-six ans elles diminuèrent des deux tiers, sans cause connue. Dès lors elle éprouvait régulièrement à chaque époque des douleurs de tête lancinantes; des oppressions qui, sans beaucoup gêner la respiration, étaient néanmoins accompagnées d'une toux d'irritation très fréquente, d'un pouls plein, développé, et presque toujours fiévreux. Ces accidents disparaissaient avec la terminaison des règles, mais ils reprenaient avec elles aux époques subséquentes. Tout indiquait le besoin des saignées dérivatives; les médecins appelés en apercevaient l'indication. Avec la maigreur extrême de la malade, ils n'osaient les employer. Il survint enfin une hémoptysie concomitante du flux menstruel, mais qui persista plus long-temps que lui. Elle durait depuis dix-sept jours, et il y en avait dix que le flux des règles avait cessé. Je fus appelé. Je trouvai le pouls de la malade, annonçant une turgescence sanguine, vif, plein et très agité. Les crachats étaient mucoso-sanguins. La demoiselle était d'une maigreur effrayante, mais son énergie morale n'annonçait aucun vice tabifique. Quoique pâle et décolorée, la ténuité de ses muscles n'empêchait pas leur force. Toute sa famille était convaincue que l'hémoptysie était déjà un symptôme de la phthisie pulmonaire. Je ne partageai point cette opinion, et je prétendis qu'en rappelant un flux plus abondant des règles, on préserverait le poumon des atteintes dont il était menacé. En conséquence, je proposai de suite huit sangsues à la vulve, qui excitèrent une abondante effusion sanguine, mais nullement l'éruption des règles. Les accidents de la poitrine furent un peu mitigés par cette saignée dérivative, mais l'hémoptysie ne fut pas combattue. Le pouls était rebondissant et très développé, beaucoup plus fréquent que dans l'état naturel. Je conseillai deux fois par jour des bains de jambe et un bain de vapeurs qui furent dirigées vers les parties sexuelles. Deux jours après il apparut des hémorroïdes; je fis de nouveau appliquer quatre sangsues à la vulve, et autant sur les boutons hémorroïdaux. Cette fois l'hémorrhagie fut considérable, mais la violence du pouls n'en fut pas déprimée. L'eau de poulet émulsionnée et nitrée était la seule boisson de la malade, qui reposa, après cette effusion sanguine abondante, quatre heures de suite sans tousser et sans éprouver le moindre besoin d'expectorer. A son réveil elle cracha du sang noir, mais en petite quantité. Je me flattai que l'hémoptysie était vaincue; en effet, elle cessa totalement. L'époque des règles revenait huit jours après, et déjà deux jours auparavant la malade se plaignait de maux de tête, de battements des artères temporales, d'oppression. Le pouls était toujours dilaté et fréquent. Tous ces avant-coureurs des règles me firent juger que leur éruption serait difficile. On appliqua d'avance huit sangsues au haut de l'une des cuisses; elles produisirent encore une forte évacuation. Les règles parurent immédiatement après; et, sans être très abondantes, elles ne furent pas accompagnées de l'hémoptysie supplémentaire de leur flux. La malade a continué depuis pendant six mois, aux époques des règles, l'application des sangsues, et elle a prévenu ainsi tous les accidents qui accompagnaient les menstrues durant leur période. Je lui fais prendre des bains de fauteuil, des pédiluves, pour accoutumer la nature à se passer enfin des secours de l'art; mais l'exploration du pouls, avant et durant l'éruption des règles, fait juger que nous ne sommes pas encore près du temps où ce flux se fera sans difficulté; en effet, les artères battent toujours avec trop de force. Le mariage ferait peut-être un plus grand bien que tous nos moyens. (Latour, *Causes des hémorrhagies*, t. II.)

Autres hémoptysies, type mensuel.

N° 320. Un homme qui avait été sujet, depuis l'âge de quatorze ans, à des crachements de sang qui se renouvelaient tous les ans deux fois, vers le temps des équinoxes, éprouva tout-à-coup, durant son sommeil, une hémoptysie si considérable, que tout son lit fut baigné de sang, et que sa femme, craignant pour ses jours, fit appeler le médecin. Cette hémorrhagie ne tarda point à s'arrêter, mais continua à revenir régulièrement tous les mois ; elle était précédée de soif, de chaleur fébrile, d'une anxiété considérable, et il s'établissait comme un ruisseau de sang vermeil venant du poumon et sortant par la bouche ; cette hémorrhagie continua à revenir aux mêmes époques, jusqu'à la mort du malade, qui, durant les intermissions, paraissait comme en parfaite santé et devint encore père de plusieurs enfants. (Dec. 3, an. 5 et 6, obs. 24.)

Le docteur Masson a observé un homme, âgé de vingt-cinq ans, chez qui la disparition d'un écoulement hémorroïdal, qui se manifestait de temps à autre sans régularité, donna lieu à une hémoptysie qui se renouvela régulièrement tous les mois, et qui résista pendant près d'un an à tous les moyens qui furent employés contre elle. C'est en vain que les sangsues furent appliquées plusieurs fois à la marge de l'anus, quelques jours avant l'apparition du crachement de sang ; l'hémoptysie intermittente mensuelle dont il s'agit ne se termina qu'après que la nature eut fait reparaître spontanément l'écoulement supprimé. (*Dissertation sur l'hémoptysie,* 1815.)

Autres hémoptysies intermittentes mensuelles.

N° 321. Une femme âgée de trente et un ans fut frappée d'une grande frayeur au moment de l'écoulement menstruel. Suppression à l'instant, anxiétés précordiales, poids sur la poitrine, palpitations de cœur très considérables. A l'époque suivante, menstruation presque nulle, précédée d'une douleur tensive et compressive du dos et des hypocondres, d'un sentiment de resserrement et de pesanteur dans la poitrine, accompagnée d'un peu de toux et d'une expectoration sanguine, qui cessa d'elle-même au bout de quatre jours. Depuis ce temps, elle éprouva régulièrement une évacuation sanguine plus ou moins abondante par les voies pulmonaires, à toutes les époques menstruelles. Pendant ses grossesses, les règles et l'hémoptysie cessaient. Après l'accouchement, et même pendant la lactation, l'hémoptysie revenait. Il n'en est résulté aucun inconvénient pour la femme ; la santé n'en a point été altérée, et les différents remèdes qu'elle a employés pour faire cesser cet accident ont tous été inutiles. (Hoffmann, œuvres, t. II, p. 207.)

Amatus Lusitanus a vu un homme âgé de quarante-cinq ans sujet tous les mois régulièrement à un crachement de sang. Cet homme avait eu des hémorroïdes fluantes qui s'étaient arrêtées ; le sang qu'il crachait en abondance était vermeil. Cette évacuation périodique cessa par le retour du flux hémorroïdal. (*Cent. curat.* 3.)

Le docteur Robert rapporte qu'une femme âgée de quarante-deux ans était très mal réglée depuis sa dernière couche ; enfin les menstrues ayant manqué, elle cracha le sang. A chaque époque périodique, cette hémoptysie revenait, et elle était accompagnée d'un pouls vraiment critique, tel que celui qui s'observe dans l'appareil d'une crise qui doit se faire par le poumon. La saignée et les sangsues à la vulve, ainsi que le lait d'ânesse, disposèrent favorablement l'éruption des règles à reparaître par l'utérus, et la malade n'eut plus ensuite de crachement de sang. (*Dissertat. médic.*)

Hématémèse intermittente mensuelle.

No 322. Cumes a observé un exemple de vomissement de sang qui récidivait régulièrement tous les mois chez une femme ; elle rendait chaque fois plus de quatre livres de sang noir. Ce vomissement périodique lui venait de la suppression de ses règles. (*Acad. des scrut. natur. obs.* 95)

Entérorrhagie mensuelle.

No 323. Lambsma rapporte, dans les Mélanges des Curieux de la nature, l'observation d'une femme de la campagne qui, n'ayant eu qu'une fois ses règles depuis son dernier accouchement, eut ensuite pendant long-temps des selles sanguines, mais seulement à l'époque ordinaire de ses règles et durant tout le temps que celles-ci avaient coutume de couler. Ce nouveau flux de sang était précédé et accompagné de tous les accidents que les femmes ont coutume d'éprouver durant l'écoulement du flux menstruel. Il cessait après trois ou quatre jours; c'était le temps qu'employait la nature chez cette femme pour la crise périodique mensuelle. (*Decad.* 2, *ann.* 10, p. 379.)

Hématuries intermittentes mensuelles.

No 324. M. Lebeuf rapporte qu'il a vu un jeune berger qui, depuis deux ans, était sujet à une évacuation de sang par la verge dont les retours étaient réglés comme ceux de la lune. Cet écoulement durait deux jours, et donnait environ quatre onces de sang vermeil. Le retour de cet écoulement n'était précédé d'aucune douleur soit dans les reins, soit dans les parties de la génération ; il commençait ordinairement à se manifester durant la nuit.

Cet individu n'était pas le seul qui fût sujet à cet écoulement périodique ; il avait un père et quinze frères qui, comme lui, avaient régulièrement tous les mois un écoulement sanguin par la verge. (*Journal de méd.*, t. v, année 1756.)

M. le docteur Chaumeton rapporte qu'un militaire qui avait été, pendant son enfance, d'une santé très faible et tourmenté pendant plusieurs années par des fièvres intermittentes opiniâtres, tomba à dix-neuf ans dans un état de langueur avec gonflement des yeux, trouble de la vue, vertiges, tintement d'oreilles et céphalalgie. Cet état durait depuis dix mois, lorsqu'il survint un gonflement de la région hypogastrique, et une dysurie qui obligea de recourir au cathétérisme. On évacua par ce moyen une grande quantité d'urines sanguinolentes. Dès ce moment, toutes les incommodités cessèrent; la santé du jeune homme s'améliora notablement et a toujours été depuis parfaitement bonne. Mais depuis la même époque, cet homme, âgé aujourd'hui d'environ trente ans, rend chaque mois par l'urètre dix à douze onces de sang pur. Cet écoulement offre une analogie singulière avec le flux menstruel des femmes; des phénomènes semblables le précèdent, l'accompagnent et le suivent. Deux fois sa suppression, causée par l'immersion des mains ou de tout le corps dans l'eau froide, a été suivie de violentes douleurs aux lombes, de céphalalgie, de vomissements, d'un état de langueur et de fréquentes attaques de dysurie, accidents qui n'ont cessé que lorsqu'on est parvenu à rappeler cette espèce de menstruation. (*Bulletin des sciences médicales*, juin 1809.)

Hémorroïdes intermittentes mensuelles.

No 325. Un prêtre âgé de cinquante ans, qui s'était toujours très bien porté, avait, depuis plusieurs années, une évacuation de sang par l'anus qui se répétait régulièrement tous les mois, et qui durait pendant deux ou trois jours. Il n'était averti par aucun signe du retour de cette hémorrhagie,

qui d'ailleurs ne lui faisait éprouver aucune incommodité ; bien plus, elle ne pouvait être supprimée sans qu'il n'éprouvât des douleurs de reins, des hémicrânies ou des douleurs goutteuses aux pieds et une sorte d'engourdissement par tous les membres. (*Act. natur. cur.* vol. 1er.)

M. Schulze dit qu'un savant éprouvait, tous les mois, depuis l'âge de dix-huit ans, une perte de sang par l'anus ; cet homme se portait bien tant que ses hémorroïdes fluaient régulièrement; mais à peine étaient-elles arrêtées, qu'il était exposé à divers symptômes fâcheux. Il en était de même si elles ne fluaient pas assez abondamment. (*Acad. des scrut. nat. part.* 2a, p. 107.)

Un homme âgé de soixante ans avait depuis sa jeunesse un flux hémorroïdal qni paraissait régulièrement chaque mois, et qui continua encore mais en petite quantité. Chaque fois que les hémorroïdes ne coulent pas dans le temps ordinaire ou avec la quantité accoutumée, sa santé en est altérée; alors chaleur considérable, anxiété, gonflement des hypocondres, constipation, langueur du corps et de l'esprit; disparition de tous ces symptômes au retour de cette évacuation salutaire. (*Ephém. germ.* an 3. obs. 108.)

Le professeur Michel Albert a vu un cas singulier chez une dame. Elle était vigoureuse, pléthorique, très vive et très active ; elle avait été sujette autrefois à un flux hémorroïdal qui revint ensuite périodiquement tous les mois, nonobstant le cours des règles qui avait simultanément lieu, quoiqu'en petite abondance, avec des douleurs anomales. Ces deux effusions utérine et hémorroïdale étaient d'autant plus incommodes, que la colique intestinale et des douleurs de sciatique les accompagnaient toujours. Ces derniers accidents inquiétaient beaucoup la malade, parce qu'ils allaient en augmentant et devenaient continuels. Ils furent bientôt suivis, comme cela arrive ordinairement, d'une dégénération scorbutique, à laquelle on opposa un traitement approprié, jusqu'à ce que la maladie fut terminée. (*Kuckert, de hemorr.*)

Hémoptysie bisannuelle.

No 326. Une demoiselle âgée de dix-huit ans, d'un tempérament sanguin, bien réglée, sujette deux fois l'année à des hémoptysies fort alarmantes, m'a fourni plusieurs fois l'occasion d'observer la coïncidence du froid fébrile avec les signes de la congestion et du mouvement fluxionnaire. La maladie débutait toujours par un frisson, par le refroidissement des extrémités, et en même temps par un sentiment de pesanteur et de constriction dans le thorax; il survenait ensuite de la chaleur et de la douleur sous le sternum, avec une sensation de bouillonnement dans le conduit aérien; enfin, la malade expectorait, en toussant, un sang vermeil et écumeux. J'ai toujours regardé cette hémorrhagie comme critique, et je l'ai toujours modérée avec succès par un traitement antiphlogistique et par le repos du corps et de l'esprit. Dès que l'effusion sanguine venait à cesser, le pouls revenait aussi à son état ordinaire. Après avoir fait usage de différents moyens prophylactiques, je suis enfin venu à bout de prévenir les retours périodiques de cette maladie (qui pouvait devenir dangereuse), en faisant saigner la malade tous les ans vers les deux équinoxes, et en lui faisant remplacer son genre de vie sédentaire par un exercice varié et un peu fatigant. (Bordeu, *Recherches sur le pouls.*)

Hémoptysie et hématémèse intermittentes annuelles.

No 327. Albrecht a observé l'exemple d'un crachement de sang qui récidivait tous les ans très régulièrement chez un négociant. Il rendait beaucoup de sang vermeil au commencement de chaque récidive ; mais la quantité en diminuait peu à peu, et le huitième jour il ne paraissait plus rien. Cet

homme y fut sujet pendant plus de quarante ans. Du reste, il se portait bien dans les intervalles. (*Dec. ann.* 5, 6, p. 55.)

Thomas-Bartholin dit qu'il a eu occasion de voir un vomissement de sang noir qui récidivait tous les ans, à la même époque, et qui était si considérable, que le sujet rendait chaque fois plusieurs pots de sang avec les plus vives douleurs d'estomac. (*Hist. anatom*., rar. p. 128.)

CHAPITRE III.

IRRITATIONS INTERMITTENTES SUBINFLAMMATOIRES INTERNES.

Arrivé au point où nous en sommes de l'histoire des irritations périodiques, il nous sera moins difficile de concevoir et de reconnaître la nature et le siége des subinflammations intermittentes internes. Toutefois, on conviendra volontiers, eu égard à l'obscurité du sujet et au peu d'accord qui règne entre les opinions des pathologistes sur ce genre de maladie, on conviendra, disons-nous, qu'il était bien important de procéder du connu à l'inconnu, de passer de l'extérieur dans les viscères pour s'autoriser de ce qui est quand on voit et qu'on touche à ce qui peut ou doit arriver alors qu'on n'a plus les mêmes moyens d'investigation. En effet, nous avons vu, à l'extérieur du corps et sous type périodique, différentes espèces d'irritations morbides qui n'étaient ni des hémorrhagies, ni des inflammations, ni des névralgies, puisque les symptômes inflammatoires, hémorrhagiques et nerveux, n'étaient point ce qu'il y avait en elles de saillant et de caractéristique; nous avons vu, sous les noms d'affection glanduleuse, éléphantiasis, pérical, goître, dartre, teigne, tumeur scrofuleuse, sueur morbide, gonflement œdémateux, anasarque, etc., diverses maladies dans lesquelles le système blanc, lymphatico-exhalant ou sécréteur, était particulièrement et plus ou moins profondément affecté. Hé bien! il en est absolument de même à l'intérieur, d'autant mieux que les surfaces internes et externes des viscères sont recouvertes de membranes dont le mode d'organisation et le genre de fonctions est absolument semblable à celui de la peau; comme la peau, ces membranes, particulièrement les muqueuses, sont pourvues d'une grande quantité de vaisseaux blancs, de glandes, de cryptes, et de follicules, qui sécrètent et versent à leur surface différents liquides destinés d'une part à les lubrifier, à les abriter du contact des corps étrangers qui peuvent être mis en rap-

port avec elles ; d'autre part, à servir d'émonctoire à l'économie qui par eux se débarrasse des fluides qui doivent être portés au dehors, ou subir de nouvelles modifications avant d'être appelés à de nouveaux usages. Or, l'on comprend que par de telles fonctions, destinées même à suppléer ou à remplacer celles de la peau, quand par des causes quelconques ces dernières se trouvent affaiblies ou arrêtées, on comprend, dis-je, que par de telles fonctions lès membranes muqueuses et séreuses des viscères puissent être exposées à des maladies dans lesquelles le système lymphatico-sécréteur exhalant et absorbant se trouve particulièrement affecté ; on conçoit que des membranes séreuses, par exemple, deviennent le siége d'une exhalation surabondante tout-à-fait semblable à celle de la peau dans une sueur morbide périodique, et qu'elles puissent, sans être enflammées, exhaler une quantité de sérosité assez considérable pour constituer, suivant les cas, une hydroméningite, une hydropleurite, une hydropéricardite, une hydropéritonite ou ascite, une hydrométrite, etc. ; on conçoit que des membranes muqueuses, sans être plus rouges, plus chaudes que dans l'état normal, versent pourtant à leur surface, par suite de l'irritation de leurs cryptes ou de leurs follicules, des matières beaucoup plus abondantes qu'à l'ordinaire, et dont la couleur, la consistance, l'odeur varient beaucoup selon le siége et le degré de l'irritation subinflammatoire, selon l'âge et la disposition des malades, selon la constitution atmosphérique, comme le prouvent certains catarrhes purement muqueux, les angines couenneuses ou membraneuses, plusieurs variétés de fièvres muqueuses ou pituiteuses, certaines diarrhées, la lienterie, la blennorrhée, la leucorrhée, etc. Il n'est pas rare encore que ce mode d'irritation des vaisseaux exhalants et sécréteurs n'attaque spécialement des glandes ou des organes chargés de l'élaboration ou de la sécrétion de certains fluides, comme les glandes salivaires, le foie, les reins, les organes génitaux, etc., dans le développement des salivations morbides, des ictères, des diabètes, des gonorrhées périodiques, c'est-à-dire d'un genre de maladie dont la nature et la marche sont autres que le mode inflammatoire et le type continu.

Les subinflammations périodiques internes, comme celles que nous avons vues à l'extérieur du corps, ont donc spécialement leur siége dans le système vasculaire blanc, et attaquent de préférence les organes où ce système prédomine et dont les fonc-

tions consistent à excréter, à exhaler, et à sécréter des fluides particuliers excrémentitiels ou récrémentitiels. Ce sont les différents troubles, les diverses altérations de ces fonctions qui, lorsqu'elles se manifestent et disparaissent à des époques déterminées, ou lorsqu'elles éprouvent des rémissions périodiques très sensibles, constituent les affections intermittentes ou rémittentes du système lymphatico-sécréteur, exhalant et absorbant.

Quelques unes de ces affections sont parfois accompagnées de phénomènes fébriles et nerveux assez prononcés chez les individus très irritables, de là les noms de *fièvre pernicieuse hydrocéphalique, fièvre salivaire, fièvre ataxique, asthme aigu, fièvre et angine scarlatineuse, angine maligne, fièvre catarrhale ou muqueuse, fièvre intermittente typhoïde, fièvres pernicieuses ictérique, cholérique, hépathique*, etc., comme dans les observations sous les n°s 329, 336, 345, 346, 347, 348, 352, etc. Quand elles se manifestent chez des personnes d'une constitution lymphatique, d'une santé languissante ou affaiblie par des maladies antérieures, il n'est pas rare que les subinflammations périodiques internes ne soient attribuées à la faiblesse, à la sérosité ou à l'altération du sang; de là les noms de diarrhées et d'angines *asthéniques* ou *typhoïdes, putrides* ou *gangréneuses;* de là les hydropisies *passives*, les diabètes et les ictères *asthéniques;* de là aussi certaines fièvres *adynamique*, *putride*, *entéro-mésentérique*, etc. D'autres fois, ayant égard principalement à la nature des causes, à la marche lente ou rapide, insidieuse et plus ou moins dangereuse, de certaines irritations subinflammatoires, on a voulu en faire des maladies *spéciales*, des inflammations *d'une nature particulière*, suî generis, *dont la nature ne peut être saisie, et échappe à toute explication* (1). Telles sont particulièrement la syphilis, le croup ou la diphthérite, la dothinentérie, l'apoplexie séreuse, l'hydrocéphale ou l'hydrencéphale, etc., d'après Willis, Home, Rush, Baumes, Bretonneau, Coindet, etc.

La spécialité de la syphilis est aujourd'hui jugée et rejetée par la majorité des médecins; il en est déjà ou il en sera bientôt de même de la prétendue spécialité des autres maladies dont nous venons de parler, ainsi que des tubercules pulmonaires ou de la phthisie, du carreau, de la rage, etc., avec d'autant plus de raison qu'elles n'ont pas, comme la syphilis, une cause

(1) Bretonneau, *Traité de la diphthérite*, etc.

susceptible de les reproduire constamment et à volonté, et qu'elles reconnaissent au contraire, comme toutes les maladies en général, un grand nombre de causes différentes, selon les lieux et les saisons où elles se développent, selon l'âge, le tempérament ou la disposition des individus qu'elles attaquent.

Avant d'embrasser d'une manière générale l'histoire des subinflammations périodiques internes, nous nous arrêterons en particulier sur les deux maladies les plus graves, les plus fréquentes de l'enfance, sur la nature desquelles on a si longtemps discuté et tant écrit sans parvenir jamais à s'entendre, contre lesquelles enfin les secours de l'art sont jugés presque toujours impuissants, nous voulons parler de l'hydrocéphale et du croup.

On ne sera pas étonné qu'il soit ici question de l'hydrocéphale, si l'on fait attention que l'espèce de rémittence ou de périodicité qu'on observe dans les phénomènes qui caractérisent cette maladie n'a pas peu contribué à en imposer : Quin, Saint-Clair, Hippolyte Cloquet ont vu des cas où les accès de l'hydrocéphale étaient si réguliers qu'ils simulaient ceux de la fièvre intermittente. Quin cite même des exemples où le quinquina fut administré avec succès dans le but de prévenir les accès hydrocéphaliques (1). M. Cloquet rapporte l'observation d'une fièvre rémittente hydrocéphalique très grave, contre laquelle on avait inutilement employé tous les moyens qui paraissaient indiqués ; on commençait à désespérer du jeune malade, lorsque ce praticien, s'étant assuré de la périodicité des redoublements hydrocéphaliques, administra le quinquina, à l'aide duquel il en obtint une prompte guérison (2). M. Coindet dit que les symptômes de la seconde période de l'hydrocéphale peuvent être confondus avec ceux d'une fièvre ataxique ou d'une fièvre rémittente de mauvais caractère (3). M. Brechet appelle *hydrocéphale ataxique* l'hydrocéphale accompagnée de fièvre avec des exacerbations périodiques et des symptômes cérébraux plus ou moins graves (4). D'ailleurs, nous rapportons sous les n°s 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334 et 335, plusieurs observations qui prouvent évidemment que l'intermission plus ou moins complète des symp-

(1) *Treatise su the dropsy of the brain*, etc. Dublin, 1780.
(2) *Nouveau journal de médecine*, février, 1818.
(3) *Mémoire sur l'hydrencéphale.*
(4) Article HYDROCÉPHALE du *Nouveau dictionnaire de médecine.*

tômes hydrocéphaliques peut avoir lieu sous toutes les formes, et pour ainsi dire à tous les différents degrés de l'irritation subinflammatoire ou exhalante des méninges.

Au lieu du mot hydrocéphale, nous nous servons de l'expression hydroméningite, parce qu'on ne peut guère douter physiologiquement que ce ne soit par suite de l'irritation sécrétoire ou exhalante des méninges, et particulièrement de l'arachnoïde, qu'un fluide séreux est accumulé dans les ventricules ou sur différents points de la surface du cerveau. Il nous semble qu'il faut d'abord voir les faits tels qu'ils se présentent dans l'ordre physiologique, afin de bien concevoir les modifications apportées ensuite par la maladie. Quant aux exceptions, il faut chercher à s'en rendre compte de la manière la plus satisfaisante sans jamais oublier ce qui a lieu le plus ordinairement : ainsi par exemple, que le fluide sécrété dans l'hydroméningite varie par sa couleur, sa consistance, qu'il soit ou non susceptible de se coaguler, ce sont là de ces variétés de composition qui peuvent tenir à fort peu de chose dans la marche, dans le degré d'acuité ou d'intensité de l'irritation morbide; mais, parce que le fluide sécrété dans cette maladie n'est pas toujours parfaitement identique, parce qu'il ne ressemble pas constamment à celui qu'on trouve dans l'hydropleurite ou l'hydropéricardite, peut-on conclure qu'il est le résultat d'une inflammation *spéciale* et d'une altération de la substance propre du cerveau, comme le pensent Quin, Coindet, Hufeland, Brechet? S'il n'est pas rare qu'on trouve plus ou moins lésées quelques parties de la surface interne ou externe de la pulpe cérébrale, ne suffit-il pas du contact de la membrane subenflammée pour expliquer les cas dont il s'agit, et concevoir la transmission de l'irritation à la substance cérébrale elle-même?

Nul doute qu'en faisant jouer un trop grand rôle aux complications ou aux exceptions (dont l'histoire de presque toutes les maladies offre des exemples), on ne finisse par jeter beaucoup d'obscurité sur les faits les plus simples; c'est probablement ce qui a été cause que la nature et le siége de la maladie qui nous occupe ont été jugés si diversement par la plupart des médecins : les uns se contentent d'en placer vaguement le siége dans la tête, comme l'indique la dénomination *hydrocéphale;* et, suivant qu'ils observent chez leurs malades des symptômes de force ou de faiblesse, d'excitation ou de relâchement, les con-

vulsions ou le coma, ils la distinguent en affection *aiguë* ou *chronique*, *active* ou *passive*.

D'autres médecins, voulant préciser le siége de l'hydrocéphale, disent avec Rusk que c'est une inflammation de l'arachnoïde, mais une inflammation *particulière* et d'une intensité moindre que celle qui constitue la frénésie; de là le nom de *frenicula* qu'on lui a donné. Quelques auteurs n'ont fait attention qu'aux phénomènes nerveux et fébriles, comme Macbride et Meyserey, qui ont transformé cette maladie en *fièvre cérébrale*, *fièvre hydrocéphalique essentielles*. J. L. Petit (1) soutient que l'hydrocéphale attaque particulièrement les individus atteints *de quelque vice de la lymphe*, *d'obstruction des glandes conglobées*, et qu'elle provient souvent d'*un état squirrheux de la glande pituitaire*. M. Baumes, pensant que *les fonctions majeures de l'arachnoïde sont de pomper la lymphe qui se distribue dans le cerveau*, soutient que la collection d'eau dans les ventricules qui constitue l'hydrocéphale, ne peut provenir que d'un *état particulier de spasme ou d'inflammation* qui suspend les fonctions dont il s'agit (2). Quelques médecins regardent encore l'hydrocéphale comme une hydropisie du cerveau résultant d'un *état aqueux du sang* et d'une *faiblesse locale* des absorbants. Enfin plusieurs praticiens ont considéré l'hydrocéphale comme une *inflammation spasmodique*, une inflammation *d'une nature particulière* de l'arachnoïde, et spécialement du cerveau; telle est l'opinion émise par M. Coindet dans le savant mémoire qu'il a consacré à la maladie dont il s'agit, de là le nom de *hydro-encéphale* ou *hydrencéphale* qu'il donne à cette maladie pour indiquer particulièrement la lésion du cerveau. Enfin, beaucoup d'autres écrivains, à l'exemple de Quin et de Wittering, considèrent l'hydrocéphalite comme une maladie purement inflammatoire. Sans discuter ce qu'il y a de vrai ou de faux dans chacune des opinions dont nous venons de parler, la première conclusion qui se présente, c'est qu'on ne s'entend point sur la nature et le siége de l'hydroméningite; et pourtant si l'on examine les causes prédisposantes et occasionnelles indiquées par presque tous les auteurs, si l'on analyse les symptômes qu'ils décrivent et les altérations organiques rencontrées sur les cadavres, on ne peut

(1) *Académie royale des sciences*, 1718.
(2) *Annales de médecine de Montpellier*, t. I.

s'empêcher de reconnaître une irritation subinflammatoire ou lymphatico-sécrétoire de l'arachnoïde dont le début, comme celui du croup et de la plupart des subinflammations internes, est presque toujours marqué par quelques symptômes inflammatoires résultant de la part plus ou moins active que prend souvent le système capillaire sanguin au début de l'irritation lymphatico-sécrétoire ou exhalante; mais c'est la prédominance de cette dernière irritation qui constitue l'hydroméningite, comme c'est la prédominance de l'irritation sanguine ou inflammatoire qui constitue l'encéphalite et l'arachnitite. Les médecins qui ont donné toute leur attention au premier degré de l'hydroméningite, en ont fait une inflammation *spéciale* de l'arachnoïde et du cerveau; ceux qui n'ont eu occasion d'observer que le second degré, ou qui n'ont fait attention qu'à cette période de la maladie, l'ont regardée comme une *apoplexie séreuse* ou une affection *spasmodique* et *nerveuse* du cerveau, ou une *fièvre cérébrale, comateuse, hydrocéphalique*, etc. On conçoit l'erreur des premiers par la raison que nous venons d'indiquer; et l'on se rendra compte de celle des seconds si l'on réfléchit que les symptômes presque toujours très graves de la deuxième période éloignent facilement l'idée d'une irritation sécrétoire, semblable à celle d'une hydropleurite ou d'une hydropéritonite. On ne fait pas attention aux fonctions délicates de l'arachnoïde et à la grande différence des cavités occupées par les membranes séreuses dont il s'agit; on ne réfléchit pas que les unes peuvent admettre une grande quantité de fluide sans de graves inconvénients, tandis qu'il suffit d'une sécrétion plus active, d'une accumulation rapide et même très peu sensible de fluide séreux dans les ventricules ou sur quelques points du cerveau, surtout vers l'origine des principaux nerfs de la vie animale, pour qu'il en résulte la gêne, la perversion ou la suspension des fonctions cérébrales, ou des accidents presque toujours très graves sinon rapidement mortels. Il n'est pas rare alors qu'on voie survenir tout l'appareil des symptômes nerveux, ataxiques et comateux, puis la pâleur et l'altération des traits, les convulsions, ou bien l'engourdissement de tout le système locomoteur, un collapsus général, l'amaurose, etc. M. Guersent a vu plusieurs fois ces derniers symptômes se développer subitement par suite d'un épanchement plus ou moins rapide de sérosité dans les ventricules du cerveau, épanchement qu'il compare avec raison à celui

qui a lieu dans le tissu cellulaire pour développer l'anasarque, et qu'il a fait disparaître assez promptement par l'emploi méthodique des excitants à la peau et des dérivatifs aux extrémités. M. Butini, de Genève, a observé des exemples semblables. Si le médecin n'est appelé qu'à la seconde période dont il s'agit, il n'ose point avoir recours aux antiphlogistiques ; il stimule au contraire de toutes ses forces à l'extérieur et à l'intérieur, pour tirer le malade de l'état d'assoupissement et de stupeur dans lequel il est plongé ; ce n'est que dans le cas où il est appelé assez promptement pour être témoin des symptômes d'irritation, de fièvre et d'agitation générale qui caractérisent le premier degré de l'hydroméningite, qu'il prescrit la saignée et les autres moyens antiphlogistiques. Mais comme les symptômes qui annoncent la seconde période ne tardent pas ordinairement à paraître malgré le traitement antiphlogistique, alors on change de médication et l'on gâte le bien qu'on avait pu faire par les premiers moyens, en voulant s'opposer aux symptômes nerveux, ataxiques et comateux par le musc, les fleurs de zinc, l'éther, le camphre, l'alcali volatil et même le phosphore (1), sans parler du vin et du quinquina ; moyens qui, sous les noms d'antispasmodiques, de calmants et de toniques, portent dans les organes digestifs une stimulation qui augmente sympathiquement l'irritation subinflammatoire des méninges et cause une mort plus ou moins rapide. Cet effet funeste est d'autant plus certain que tous les auteurs s'accordent à reconnaître, dès le début de l'hydroméningite, des influences sympathiques très prononcées du côté des organes digestifs (2) ; ajoutez à cela qu'on ne retire que très peu d'avantages des révulsifs à l'extérieur, parce qu'on y a recours sans choix et sans méthode, parce qu'on les applique le

(1) Coindet, *Mémoire sur l'hydrencéphale.*

(2) Willis, par exemple, dit qu'elle attaque un grand nombre d'enfants de deux à cinq ans, surtout lorsqu'ils ont un *virus scrofuleux dans le sang*, et qu'ils ont le mésentère rempli de glandes squirrheuses. Elle commence, dit-il par l'inappétence, le dégoût de toutes sortes d'aliments, même de friandises ; les enfants sont inquiets, de mauvaise humeur, opiniâtres ; ils ont le visage pâle, le pouls faible, languissant ; il leur monte par intervalle des feux au visage, tantôt sur une joue, tantôt sur l'autre ; ils perdent l'appétit, la tête leur brûle ; ils languissent ; leurs yeux deviennent fixes et troubles ; il leur prend des convulsions au visage et aux mains ; ils deviennent hébétés et stupides ; leur pouls devient fréquent, faible et inégal ; et ils meurent au bout de quelques jours. Lorsqu'on les ouvre, on leur trouve une quantité de sérosité dans les ventricules du cerveau.

plus souvent trop près de l'organe malade, et parce qu'on commence trop tôt à les employer.

C'est ainsi que dans l'observation sous le nº 332 on prescrivit en même temps les sinapismes, le tartre stibié, et l'application des sangsues aux tempes. L'effet de deux ou trois sangsues contrarié par les autres moyens dut être absolument nul, d'autant plus qu'on laissait cet enfant se gorger de lait pendant les intervalles de rémission. On n'a guère fait attention qu'à l'assoupissement du petit malade. On a voulu le secouer par l'émétique, et l'on n'y a que trop réussi, car nul doute que les *vomissements réitérés* produits par ce remède dans la nuit du 12 au 13 n'aient beaucoup contribué à rendre si intense et si rapide l'irritation sécrétoire de toute l'arachnoïde, de là les soubresauts et les mouvements convulsifs qui survinrent immédiatement après. Si l'on ajoute à l'effet de l'émétique celui de la mixture dite *antispasmodique*, composée de fleurs de zinc, de poudre de guttette, d'yeux d'écrevisses, etc. (pour un nourrisson de onze mois), on concevra facilement la mort rapide du petit malade, et l'épanchement considérable que l'autopsie fit voir dans tous les replis de l'arachnoïde. Le même auteur rapporte une autre observation semblable à celle-ci, et avec une rémission telle que la marche de l'irritation hydroméningite paraît tout-à-fait suspendue. Il s'agit d'un enfant de vingt-cinq mois, fortement constitué, chez qui les symptômes d'agitation, d'insomnie, d'inquiétude, de morosité, puis d'assoupissement, de dilatation des pupilles, etc., furent dès le début attaqués par les vésicatoires à la nuque et la mixture avec les fleurs de zinc, le succin et la corne de cerf, et puis par force mercure (mercure noir d'Hahnemann, deux grains toutes les deux heures), qu'on ne suspendit que quand il produisit de vives douleurs de colique. L'autopsie fit voir la surface du cerveau couverte d'une couche épaisse de gélatine, les quatre ventricules remplis de sérosité limpide et des traces d'inflammation dans l'iléon.

On conçoit que l'indécision dont nous venons de parler sur la nature et le siége de l'hydroméningite, rende si peu méthodique le traitement qu'on lui oppose, et l'on conçoit qu'on convienne ensuite que cette maladie *résiste à tous les remèdes dès qu'une fois elle est déclarée*. N'est-il pas évident que ces remèdes, ou bien ont été nuls comme dans le fait sous le nº 333, ou bien n'ont été dirigés que contre des symptômes fugitifs et variables à l'infini, et qu'on s'est borné le plus souvent à une médecine tout-à-

fait empirique? N'est il pas certain qu'en adoptant, dans l'application des moyens thérapeutiques, les mêmes changements et la même versatilité qu'on a observés dans les phénomènes morbides, on a contrarié ou l'on a rendu nulles les faibles ressources que la nature pouvait encore déployer dans le but de conservation qui lui est propre, et vers lequel elle tend sans cesse?

Ces remarques sur l'incertitude du diagnostic et sur le peu de méthode de traitement, seraient applicables à plusieurs autres faits; nous en excepterons cependant celui sous le nº 323, dans lequel le traitement fut très physiologiquement dirigé et méthodiquement suivi; aussi fut-il couronné de succès. L'intermittence des phénomènes morbides fit croire, il est vrai, à l'existence d'une fièvre intermittente hydrocéphalique; mais cette erreur, loin d'être préjudiciable au traitement, fut plutôt avantageuse, parce qu'après avoir combattu la première période de cette prétendue fièvre par les antiphlogistiques, on en vint promptement à l'administration du quinquina, qui prévint les retours périodiques de l'hydroméningite. On pourrait encore en excepter le fait sous le nº 334, si l'on eût profité des rémittences très sensibles qu'offrit cette maladie pour administrer le sulfate de quinine, soit en lavements, soit à la surface des vésicatoires, qui furent multipliés sans précaution, parce qu'on n'eut pas, comme dans le fait précédent, la prévoyance de les faire saupoudrer de camphre, et sans méthode, parce qu'au lieu de couvrir la tête de glace, il aurait fallu rappeler et entretenir derrière les oreilles la suppuration qu'on y avait d'abord provoquée avec la pommade épispastique. Peut-être aussi qu'on insista trop sur les applications de sangsues chez une enfant dont la constitution et les symptômes précurseurs de la maladie actuelle ne laissaient point de doutes sur sa nature lymphatico-sécrétoire ou subinflammatoire. En effet, deux irritations sécrétoires avaient eu lieu à l'extérieur; l'une, placée sur les paupières, existait depuis un mois et fournissait un écoulement assez considérable de matières mucoso-purulentes. Pour faire diversion à cet écoulement, on avait sagement établi un exutoire derrière les oreilles. L'un et l'autre écoulement ayant disparu assez rapidement, des phénomènes survinrent qui indiquèrent une nouvelle irritation dans le cerveau et ses membranes. D'après les caractères de celles qui avaient cessé à l'extérieur, on pouvait soupçonner la nature de la nouvelle irritation qui les avait remplacées à l'intérieur. D'ailleurs les symptômes de celle-

ci pouvaient seuls faire reconnaître son caractère, bien moins inflammatoire que sécrétoire ou subinflammatoire ; c'était donc bien les cas de rappeler et d'entretenir à tout prix un exutoire derrière les oreilles ou à la nuque par un séton ; d'ailleurs n'était-ce pas ici une occasion favorable pour essayer quelques révulsifs sur la muqueuse intestinale? Ce moyen n'était-il pas indiqué par l'état habituel de constipation, par l'absence de tout symptôme gastro-entérique, et parce que, dans les cas de subinflammation du cerveau et de ses membranes, il n'y a souvent point de révulsion plus énergique et plus efficace que celle qu'on peut porter sur la muqueuse intestinale ?

S'il est vrai que l'hydroméningite ne soit qu'une irritation subinflammatoire ou exhalante de l'arachnoïde, comme le prouvent la majorité des faits qu'on a recueillis sur cette maladie, on verra de même que la diphthérite ou le croup et la dothinentérie ne sont que diverses nuances de subinflammation ou d'irritation lympathico-sécrétoire de la membrane muqueuse qui tapisse les voies aériennes et digestives, irritations sécrétoires dont on a fait des maladies *suî generis*, des *spécialités morbides* réprouvées à la fois par le bon sens et la médecine physiologique.

Après avoir lu attentivement le *Traité de la diphthérite*(1), nous avons fini par où l'on commence ordinairement, c'est-à-dire par la préface, où nous avons trouvé ces lignes remarquables : « Frappé du mode de terminaison le plus ordinaire de l'angine maligne, François Home se persuade qu'il vient de rencontrer une affection des canaux aérifères qui avait jusque là échappé à l'attention de ses prédécesseurs ; il croit devoir lui donner le nom populaire sous lequel il l'avait trouvée désignée dans une province d'Écosse. Le bruit de sa découverte se répand, et la nouvelle dénomination fascine tellement tous les yeux qu'elle empêche de reconnaître une maladie observée dès la plus haute antiquité, et qui de nos jours s'accompagne de tous les symptômes sous lesquels elle n'a jamais cessé de se montrer. » Hé bien ! que tout médecin impartial médite ces réflexions, à la fois justes et sévères, adressées par M. Bretonneau à François Home, et qu'il juge si ces réflexions ne s'appliquent pas exactement au créateur de la diphthérite lui-même. N'est-il pas vrai que cet auteur, *frappé*

(1) Bretonneau, *Des inflammations spéciales du tissu muqueux, et en particulier de la diphthérite*, etc., 1826.

de la marche et du mode de terminaison le plus ordinaire de l'angine maligne, ou du croup, *se persuade qu'il vient de rencontrer une affection* suî generis *qui avait échappé à l'attention de ses prédécesseurs*, et *à laquelle il croit devoir donner le nom de diphthérite*? Ce n'est pas un nom populaire comme celui de Home, ni destiné jamais à le devenir; c'est un nom de nouvelle création dont l'utilité et la validité sont à la fois contestés; et pourtant c'est à l'aide de ce nom que son créateur veut *répandre le bruit de sa découverte, et fasciner tellement tous les yeux par cette nouvelle dénomination qu'elle empêche de reconnaître une maladie observée dès la plus haute antiquité, et qui de nos jours encore s'accompagne de tous les symptômes sous lesquels elle n'a jamais cessé de se montrer!* En effet, qu'est-ce que la *diphthérite*, d'après M. Bretonneau lui-même, sinon une phlegmasie pelliculaire ou membraneuse de la membrane muqueuse qui tapisse la bouche, la gorge, les conduits œsophagien et laryngo-trachéal? Or tous les médecins savent que les noms nous manquent si peu que nous avons déjà l'embarras du choix pour indiquer les diverses nuances de l'affection dont il s'agit; tels sont les suivants: *maux de gorge gangréneux, angine maligne, angine tonsillaire, pharyngienne et laryngée, croup* de F. Home; *angine membraneuse* de Michaelis et de Rosen; *affectus suffocatorius* de Carnevale; *morbus strangulatorius* de Starr; *inflammation couenneuse laryngo-trachéale* de plusieurs auteurs modernes, etc. Si M. Bretonneau avait trouvé un terme générique mieux approprié à la nature de la maladie, qui nous en donnât une idée exacte et qui pût à lui seul remplacer convenablement tous ces noms divers, on aurait généralement applaudi à la violence qu'il dit s'être faite à lui-même pour introduire un mot nouveau dans la science; mais le pire de cette violence c'est que le mot nouveau n'exprime rien de nouveau; c'est que l'épithète *diphthéritique* ajoutée à l'inflammation n'exprime rien de plus que celles de membraneuse et couenneuse déjà consacrées par l'usage. Le praticien de Tours veut nous persuader qu'il s'agit d'une inflammation *spéciale, suî generis;* mais le mot *diphthérite* ne nous apprend rien à cet égard. Nous pensons qu'il doit être rejeté, s'il est vrai, d'après le sens qu'y attache son inventeur, qu'il n'indique qu'une seule nuance de phlegmasie, et c'est de quoi l'on ne peut douter quand on voit M. Bretonneau en distinguer plusieurs autres différentes de la diphthérite, et qu'il appelle *angine striduleuse, trachéite*,

angine membraneuse ou *polypeuse;* quand on le voit admettre pour l'isthme du gosier six *affections phlegmasiques distinctes;* savoir : l'angine catarrhale, l'angine tonsillaire, l'angine couenneuse commune, l'angine scarlatineuse, l'angine couenneuse mercurielle, et l'angine diphthéritique. On juge, d'après cette énumération, que la création du mot *diphthérite* ne nous préserve pas de plusieurs autres phlegmasies pharyngiennes et laryngiennes, dont les caractères sont également *spécifiques*, d'après M. Bretonneau; de telle sorte qu'entre plusieurs phlegmasies toutes également *spéciales*, il en choisit arbitrairement une pour lui faire les honneurs d'une ovation dont toutes auraient pu être jugées dignes au même prix! d'où il résulte que la dénomination dont il s'agit n'est qu'une superfétation de mot ajoutée à celle qui existait déjà, et qu'il serait facile de multiplier à l'infini si l'on voulait baptiser d'un mot nouveau chaque nuance un peu prononcée de la même irritation morbide; car il est bien reconnu que la nature est inépuisable dans les nuances de forme qu'elle peut prêter à la même maladie, selon une infinité de circonstances relatives à la constitution atmosphérique, à l'âge, au sexe, au tempérament et aux idiosyncrasies individuelles.

Quant à la méthode thérapeutique, voici dans quel doute nous laisse M. Bretonneau : « Peut être reste-t-il encore à décider si la diphthérite est susceptible de céder dans le temps de son acuité aux moyens thérapeutiques généraux, ou si elle ne peut être efficacement combattue que par des *médications spéciales* (1). » Cette indécision, relative au traitement qui termine le Traité de la diphthérite, n'étonne point le lecteur attentif qui l'a trouvée partout dans l'exposé de la théorie comme dans celui de la pratique. Ce traité, malgré les faits nombreux, les tableaux descriptifs exacts, et les recherches d'anatomie pathologique qu'il renferme, ne conduit à aucune conséquence théorique et pratique satisfaisante et positive; pourquoi? parce que la physiologie y est oubliée, parce qu'on s'arrête à la superficie des choses, et qu'on ne prend point la modification organique des tissus pour point de comparaison et pour point de départ dans l'appréciation des phénomènes morbides; de là ces distinctions subtiles, vagues, arbitraires de phlegmasies et toujours de phlegmasies, alors même qu'on décrit des symptômes qui ne sont nullement inflammatoires; et, pour se tirer d'embarras, on imagine une phlegmasie

(1) *Ouvrage cité.*

spéciale, *suî generis*, à laquelle on ne peut physiologiquement rien comprendre, et dont M. Bretonneau lui-même ne peut se rendre compte, puisqu'il finit par dire « qu'il y a là un *quid divinum* qui ne peut être saisi, et qui échappe à toute explication. »

Tout ce que nous venons de dire sur la diphthérite s'applique également à la *dothinentérie*, expression nouvelle au moyen de laquelle l'auteur dont il s'agit a voulu donner du relief à une maladie observée et décrite sous différents noms, tels que *fièvre muqueuse*, *entérite chronique*, *éruptions internes*, *fièvre entéro-mésentérique*, *entérite folliculeuse*, etc., dont quelques uns lui conviennent beaucoup mieux que celui de dothinentérie, puisqu'il signifie, d'après son inventeur, un *développement de pustules*, ou une *véritable variole intestinale;* or, cette dénomination et le sens qu'on y attache, se trouvent en opposition avec les faits anciens et modernes. En effet, sous les noms indiqués précédemment, on a toujours décrit, et les autopsies ont fait voir une maladie dans laquelle le système lymphatico-ganglionnaire qui entre dans la composition de la membrane muqueuse gastro-intestinale est plus ou moins saillant, développé, et altéré de diverses manières, principalement vers la fin des intestins grêles où les glandes et les follicules muqueux existent en plus grande quantité que partout ailleurs, et de la réunion desquelles résultent des plaques elliptiques, gaufrées, fongueuses, en un mot dont la forme, la couleur et la consistance varient beaucoup. Mais a-t-on jamais vu sur la muqueuse intestinale des pustules circonscrites dont le développement et la suppuration sont indispensables à leur guérison, dont la marche est tellement fixe et régulière, qu'on puisse par le nombre de jours juger du point de développement où elle est arrivée, etc.? Est-il constant que ces boutons soient entourés d'une auréole enflammée, remplis au bout de quelques jours d'un fluide demi-transparent, logé entre l'épiderme et le corps réticulaire, et d'où résulte une desquamation, une ulcération? Enfin, a-t-on jamais reconnu sur la muqueuse gastro-intestinale des phénomènes morbides tout-à-fait semblables à la variole? « On a dit que l'exanthème intestinal affectait dans son développement des périodes fixes qui pouvaient être comparées à celles que parcourt l'éruption variolique, etc.; et nos observations, dit le professeur Andral (1), ne

(1) *Clinique médicale*, t. III.

nous ont pas conduit à des résultats semblables. Il ne nous paraît pas non plus exact de dire que l'exanthème en plaques ou en boutons, tende nécessairement à la suppuration et à l'ulcération, que par conséquent un individu ne puisse guérir qu'après que les plaques ou les boutons se seront formés en ulcérations, et que celles-ci se seront ensuite cicatrisées. » D'après M. Andral, les exanthèmes de la muqueuse intestinale sont beaucoup plus fréquents que ceux en boutons qui existent presque seuls, d'après M. Bretonneau. Quoi qu'il en soit, on convient que ce sont les glandes de Peyer et de Brunner qui sont enflammées ; alors que signifie ces pustules et ces furoncles qu'on imagine si gratuitement? D'ailleurs ces glandes de Peyer et de Brunner, dont on fait tant de bruit, ne sont, abstraction faite du volume, que des cryptes et des follicules tout-à-fait semblables à celles qu'on rencontre partout et sur toute espèce de membrane muqueuse ; leur nature et leurs fonctions sont absolument les mêmes, il n'y a que leur forme et leur nombre qui diffèrent, suivant le lieu où on les observe ; c'est ainsi qu'elles sont très nombreuses sur le pourtour du pharynx, où il n'est pas rare de rencontrer diverses nuances de subinflammation. La dénomination de *phlegmasie folliculeuse*, proposée par MM. Grimaud et Scoutetten, quoique préférable à celle de M. Bretonneau, ne nous paraît pas devoir être adoptée, parce que la maladie dont il s'agit est bien moins caractérisée par les symptômes d'une irritation inflammatoire que par ceux d'une irritation lymphatico-exhalante ou sécrétoire; et parce qu'il suffit du terme générique subinflammation pour indiquer la lésion du système lymphatico-sécrétoire et ganglionnaire correspondante à celle du système capillaire rouge qu'on désigne par le mot inflammation.

Il suffit d'y réfléchir un instant pour reconnaître qu'on a tant parlé de l'identité de la variole et de la dothinentérie que pour paraître autorisé à faire de celle-ci une *inflammation spéciale*, et d'autant plus spéciale *qu'elle est éminemment contagieuse*, et *qu'on ne la contracte jamais qu'une seule fois dans le cours de la vie!* Cette particularité, à l'égard d'une maladie signalée depuis quelques années, et qu'on ne peut constater que par l'autopsie, n'est-elle pas aussi remarquable que bien imaginée? Si fausse que puisse être une pareille allégation, n'est-il pas physiquement impossible qu'on puisse de sitôt prouver le contraire? car, l'autopsie pouvant seule établir quelque certitude à cet

égard, il est toujours facile de nier qu'un malade, qui meurt actuellement de dothinentérie, ait eu précédemment la même maladie! Mais ce qu'on peut opposer avec plus de succès à la spécialité merveilleuse et à l'identité constante de la dothinentérie avec la variole, ce sont les autopsies de tous les temps et de tous les lieux. Chaque observateur trouve des formes nouvelles et des altérations diverses dans le système muqueux et glanduleux du canal digestif; tantôt ce sont des plaques gaufrées, des granulations ou des indurations blanches et partielles, des points rougeâtres ou blanchâtres, de petites ulcérations partielles ou des aphthes, et presque toujours une turgescence, une altération plus ou moins sensible des glandes ou des follicules de la muqueuse intestinale, particulièrement du jéjunum et de l'iléon. Baglivi, Rœderer et Wagler, MM. Petit et Serre, dans leurs nombreuses autopsies, ne signalent pas une seule fois ces pustules varioliques ou dothinentériques. Il faut donc convenir que la dothinentérie joue de malheur plus encore que sa sœur la diphthérite! L'anatomie pathologique ne la reconnaît pas sous la forme qu'on veut lui donner; la physiologie la repousse; et quel médecin impartial ou doué de quelque jugement pourra jamais admettre une maladie *spéciale* sous une forme *exclusive* et *inaperçue* avant M. Bretonneau, une maladie *suî generis*, pour laquelle il faudra faire intervenir encore un *quid divinum* qui en impose aux incrédules?

Le seul moyen de sortir de la *spécialité*, c'est-à-dire du vague et du merveilleux dans les maladies, c'est de scruter plus attentivement leur origine et leur mode de développement, c'est de surprendre en quelque sorte la nature sur le mécanisme de leur formation, sur la modification des tissus primitivement affectés, sur les changements et le trouble apportés dans leurs fonctions, et par suite dans les fluides qui en sont le résultat. Nous savons que le danger occasionné par les fluides sécrétés ou exhalés dans certaines maladies, dans l'hydroméningite et le croup, par exemple, ne provient pas seulement de leur nature, mais particulièrement du lieu qu'elles occupent, et du genre de fonctions des organes malades.

Rappelons-nous maintenant ce que nous avons vu, ce que nous avons dit touchant les subinflammations périodiques qui ont leur siége à l'extérieur du corps; n'est-il pas vrai que pendant longtemps on n'a rien su voir en elles que des éruptions, des croû-

tes, des granulations, des tubercules, etc., dont on distinguait avec soin la forme, la couleur, la consistance, l'odeur; particularités qu'on cherchait à exprimer par diverses épithètes, telles que furfuracée, squameuse, éléphantiasique, lichénoïde, amiantacée, ulcéreuse, etc. Hé bien! la même chose est arrivée à l'intérieur pour les maladies de même nature à celles-là. On a distingué des fièvres sous formes muqueuse, adynamique, putride; des angines sous formes ulcéreuse, grangréneuse, couenneuse, et à plaques lichénoïdes, éléphantiasiques; des angines striduleuses, aphtheuses, membraneuses ou diphthéritiques. A l'extérieur, on ne voyait dans ces formes si variées, dans ces produits si bizarres, que des phlegmasies cutanées, mais *tout-à-fait spéciales*, sous les noms de gale, lèpre, dartre, teigne, éléphantiasis, etc., parce qu'en effet il n'était pas permis de les confondre avec l'érysipèle, véritable type de la phlegmasie cutanée. On ne peut pas non plus confondre le croup ou l'angine couenneuse avec l'angine catarrhale aiguë et la trachéite; on ne peut pas confondre l'hydroméningite avec la céphalite et l'arachnitite; résulte-t-il de là que le croup et l'hydroméningite soient des phlegmasies *spéciales, suî generis*, si mystérieuses enfin, que leur nature *ne puisse être ni saisie, ni expliquée*? Non, pas plus que les dartres et les teignes ne constituent des spécialités morbides inexplicables, par la raison qu'elles sont des maladies distinctes de l'érysipèle; seulement il faut y voir autre chose qu'une inflammation du système capillaire rouge; il faut reconnaître dans le croup et l'hydroméningite, comme nous l'avons fait pour les teignes, les dartres, etc., des affections du système lymphatico-exhalant ou sécréteur; il faut concevoir que dans chacune de ces maladies l'irritation du système capillaire sanguin n'a lieu qu'au début de la maladie, et qu'elle ne tarde point, cette irritation, à devenir tout-à-fait prédominante dans les vaisseaux blancs. Dans l'angine couenneuse, par exemple, les cryptes muqueuses ou les bouches exhalantes, mises à nu par le dépouillement de l'épiderme, et sans cesse irritées par le contact de corps étrangers liquides ou gazeux, versent constamment des matières muqueuses ou séro-albumineuses; ces matières, promptement condensées par les courants d'air alternativement froids et chauds que produisent les inspirations et expirations de l'acte respiratoire, prennent une forme, une consistance, une couleur, qui varient selon la place qu'elles occu-

pent, selon l'intensité de l'irritation subinflammatoire, et selon la disposition des individus. De ces diverses circonstances résulte aussi une grande différence dans la gravité de la maladie et dans les suites plus ou moins fâcheuses qu'elle peut avoir, suites que le médecin peut souvent prévoir et rarement prévenir ou combattre efficacement, parce qu'il n'est point appelé assez promptement, et avant que le produit de la subinflammation ne soit devenu une gêne et bientôt un obstacle insurmontable à la respiration.

Ce que nous disons n'est que la conséquence de tout ce qu'on a observé et écrit sur le genre de maladie qui nous occupe; en le soumettant à l'analyse physiologique, nous avons l'avantage de nous rendre compte des nombreux et incontestables succès obtenus par le traitement antiphlogistique, quand il est employé convenablement et dès le début de la maladie, tandis que ces succès contrarient singulièrement le système de la spécialité, et forcent les médecins qui l'adoptent à détacher de leur entité pathologique spéciale tous les exemples de guérison par les antiphlogistiques. « On ne peut douter, dit M. Bretonneau, que l'angine diphthérique ne figure assez souvent parmi quelques unes de ces lésions strideuses de la respiration (les différentes espèces de croup des auteurs), parmi celles-là surtout dont la terminaison a été funeste; tandis, au contraire, que dans les cas où le traitement antiphlogistique a eu un succès aussi prompt qu'efficace, *il est probable qu'une autre phlegmasie grave ou bénigne, mais de nature différente, a été confondue avec cette redoutable maladie* (la diphthérite). » On conçoit dès lors que le médecin de Tours accuse Fotergill, Planchon, Millar, Jurine, Guersent, Chomel, etc., d'avoir confondu l'angine scarlatineuse, l'angine couenneuse, l'asthme aigu, certains croups aigus, le pseudo-croup, les maux de gorge gangréneux, avec l'angine diphthéritique! quand nous pensons qu'il était en effet très difficile, pour ne pas dire impossible, aux praticiens qui ont observé les croups et les angines dont il s'agit, de ne pas confondre ce qui n'est au fond que la même maladie, reproduite sous diverses nuances et en différents lieux. D'un autre côté, n'est-il pas évident que c'est le mot magique *spécialité*, qui, mis à côté de la *diphthérite*, force M. Bretonneau à isoler celle-ci et à créer d'autres espèces d'angine pour les cas nombreux qui se trouvent en opposition avec elle? De là, ces angines *stridulcuse*,

membraneuse ou polypeuse qui simulent la diphthérite des voies aérifères; de là, ces angines *scarlatineuse, couenneuse commune, tonsillaire, couenneuse mercurielle, qui simulent la diphthérite pharyngienne*, et qui prouvent que le médecin de Tours n'est pas heureux dans la création d'une entité pathologique que tant d'autres maladies simulent tour à tour, et qu'on peut même produire à volonté par un gaz irritant, puisque le professeur Chaussier et M. Palloni ont vu l'inspiration du chlore produire, dans la trachée-artère, les narines et la conjonctive, des fausses membranes tout-à-fait analogues à celles du croup. Quelque bien disposé qu'on puisse être en faveur de la diphthérite, on est toujours porté à se demander d'où vient que telle ou telle autre maladie lui ressemble parfaitement? N'est-ce pas parce qu'elles ont une origine commune, et qu'elles sont identiques par leur nature? Et ces questions, que tout médecin observateur se fait malgré lui, réduisent au néant la *spécialité diphthéritique*. En effet, il suffit de lire et de méditer attentivement tout ce qu'on a écrit sur l'angine catarrhale, la trachéite, sur le croup, l'asthme aigu, l'angine couenneuse et la diphthérite, en un mot sur toutes les variétés de croup et d'angine observées jusqu'à ce jour, pour reconnaître que toutes se rapportent à deux espèces d'irritation de la membrane muqueuse qui tapisse les voies pharyngo-œsophagienne et laryngo-trachéale, l'une inflammatoire, qui embrasse les diverses nuances d'angine catarrhale aiguë, de laryngo-trachéite, de bronchite, dont nous nous sommes occupé en traitant des phlegmasies périodiques internes; l'autre subinflammatoire ou lymphatico-sécrétoire, qui constitue les diverses nuances d'angine muqueuse ou folliculeuse, d'angine couenneuse pharyngienne et laryngo-trachéale ou croupale.

Voyons d'abord ce qui se passe dans les cas où la partie affectée est accessible à nos sens; nous jugerons mieux ce qui doit avoir lieu alors que l'irritation subinflammatoire survient trop profondément pour que nous puissions la suivre dans son développement. Dans l'angine pharyngo-tonsillaire inflammatoire, comme nous l'avons vu sous le n° 142, la membrane muqueuse qui tapisse les parties affectées est uniformément rouge, chaude, gonflée; dans l'angine subinflammatoire, folliculeuse ou couenneuse, cette membrane présente d'abord çà et là un grand nombre de stries ou de points d'un rouge foncé; quelques uns de ces points sont blancs, bientôt ils le deviennent tous, se réunis-

sent par plaques ou par filières blanches, correspondantes à des agglomérations de glandes sécrétoires et à des faisceaux de follicules muqueux, dont la sécrétion et l'exhalation augmentées et modifiées se montrent sous formes de nappes séro-albumineuses ou de taches blanches et grisâtres, qui se détachent d'abord assez facilement; de là ces fragments de bandelettes ou de franges étroites et poreuses que présentent les crachats dans les cas où la maladie existe depuis peu de temps, et offre une tendance à se terminer heureusement. Dans le cas contraire, la consistance et la fixité des concrétions albumineuses vont en augmentant à mesure que l'irritation subinflammatoire se prolonge et acquiert de l'intensité; elles s'étendent en surface, se joignent, et forment une couche solide qui tapisse et se moule à la surface des piliers du voile du palais, des amygdales, des orifices postérieurs des fosses nasales, etc., et qui peut gagner la muqueuse laryngo-trachéale. En effet, il arrive souvent que la subinflammation ou l'irritation sécrétoire commence par le pharynx ou les amygdales, dans les cas où elle doit se propager dans le larynx et la trachée pour constituer l'angine couenneuse ou le croup. Ce n'est pas de sa nature subinflammatoire que provient le danger de cette affection, mais principalement de la disposition des conduits où elle a lieu, et de l'importance de leurs fonctions; car le même danger existe dans certains cas d'asthme aigu ou de laryngo-bronchite dans lesquels il n'y a point de sécrétion muqueuse et albumineuse. C'est alors le boursouflement inflammatoire de la muqueuse, et parfois le spasme ou la contraction des muscles du larynx, qui tendent à obstruer ou à clore plus ou moins rapidement ces conduits indispensables à la vie. D'ailleurs, toute la membrane muqueuse des fosses nasales, de la bouche, de l'œsophage, et même de l'estomac, serait atteinte de subinflammation ou d'irritation sécrétoire, toute la surface pourrait être recouverte de plaques albumineuses, ou d'une pellicule couenneuse, sans qu'il en résultât aucun danger pour la vie des malades; ces produits muqueux et membraneux seraient peu à peu détachés et expulsés par l'éternument, par des efforts d'expectoration et de vomissement, et le dégorgement local opéré par cette sécrétion surabondante amènerait la solution de l'irritation, comme le fait une hémorrhagie dans le début, et la suppuration vers la fin d'une inflammation.

Dans le cas même où l'irritation se montre de prime abord

sous forme exhalante ou sécrétoire, nous avons vu que le système capillaire rouge prenait également dans le principe une part plus ou moins sensible à l'irritation des vaisseaux blancs, tout comme celle-ci prend part à toute espèce de phlegmasie; car toutes les irritations ont entre elles une sorte de liaison et d'enchaînement qui les rapproche, de la même manière que tout se lie et s'enchaîne dans les fonctions de l'économie. Cela n'empêche pas que chaque espèce d'irritation puisse se montrer de prime abord avec les caractères qui lui sont propres, et sous des couleurs assez tranchées pour qu'elle soit reconnue. Elles peuvent également se succéder les unes aux autres. Une irritation hémorrhagique peut être suivie d'une irritation inflammatoire, tout comme celle-ci peut précéder une irritation subinflammatoire. Cette dernière circonstance est une de celles qui se rencontrent le plus souvent, parce que les dispositions individuelles et les conditions atmosphériques qui la favorisent ne sont pas rares; c'est ainsi qu'une simple angine tonsillaire inflammatoire, dans une saison froide, et chez un enfant de deux ou trois ans, disposé à la toux, à l'enrouement, peut facilement dégénérer en subinflammation couenneuse ou croupale; un catarrhe pulmonaire aigu, chez une personne âgée ou d'une constitution lymphatique, s'il n'est pas traité convenablement dans le principe, peut facilement dégénérer en catarrhe folliculeux ou sécrétoire, surtout dans un temps froid et humide. L'irritation de la muqueuse pulmonaire peut aussi se présenter de prime abord sous forme subinflammatoire, comme dans certains cas de fièvre muqueuse, de catarrhe pulmonaire chronique, qui ne sont guère remarquables que par une sécrétion très abondante de mucosités; ce travail subinflammatoire peut, à certaines époques, être précédé ou accompagné de frissonnement, de toux, de difficulté de respirer, d'agitation, de fréquence du pouls, de lassitude et de malaise général, qui constituent de véritables accès, suivis d'une expectoration plus ou moins abondante; il n'y a de symptômes locaux qu'un sentiment de gêne et d'embarras dans la poitrine; la respiration est languissante, un peu râleuse, surtout pendant la nuit. Les accès ou redoublements dont il s'agit reviennent particulièrement vers le soir; ils sont quelquefois caractérisés par des quintes de toux avec frisson dans le dos, sentiment de faiblesse et de fatigue dans les membres, crachement abondant de matières muqueuses, plus ou moins épaisses, blanches ou jaunâtres; le pouls est en

général peu fréquent, mou, dépressible; la peau sèche et aride, comme dans l'observation sous le n° 340.

Tout ce que nous avons dit de l'irritation intermittente et rémittente subinflammatoire de la membrane muqueuse pharyngienne, laryngo-trachéale et pulmonaire, s'applique également à la muqueuse gastro-intestinale, dans plusieurs cas de fièvre muqueuse, d'embarras gastrique et intestinal, de lienterie, de diarrhée, etc. Les phénomènes locaux sont également très peu sensibles; ils se bornent à un sentiment de gêne, de pesanteur, d'embarras; il n'y a pas de douleur, ou si l'on parvient à en déterminer, ce n'est qu'à l'aide d'une forte pression. L'abdomen est mou, plutôt volumineux et arrondi, qu'étroit et aplati; il y a souvent des borborygmes, parfois une espèce de roulement autour de l'ombilic et des coliques venteuses. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est la sécrétion surabondante de matières muqueuses, glaireuses, séro-albumineuses, blanches, jaunes ou verdâtres; des selles plus ou moins abondantes se succèdent à des intervalles plus ou moins rapprochés, sans douleur et sans chaleur; il n'y a pas même des épreintes bien sensibles; la peau est sèche sans être brûlante; il n'y a que peu ou point d'influences sympathiques sur le cœur et les poumons; les sympathies cérébro-spinales ne se manifestent guère que par un sommeil agité, des rêvasseries plus ou moins fréquentes et pénibles; un sentiment de fatigue, de lassitude et de malaise général; les urines épaisses, peu abondantes, et d'une couleur variée, déposent un sédiment briqueté.

C'est ordinairement dans l'extrémité inférieure des intestins grêles, surtout depuis le milieu du jéjunum jusqu'à la fin de l'iléon, que se fixe de préférence l'irritation subinflammatoire; parce que c'est là que la muqueuse digestive, par le grand nombre et le volume de ses glandes et de ses follicules, est le plus disposé à l'espèce d'irritation dont il s'agit. Les lésions organiques qu'on trouve sur la membrane muqueuse consistent en des taches plus ou moins étroites et isolées les unes des autres, de couleur grisâtre ou violette; les follicules muqueux sont gorgés de mucosité demi-concrète, ordinairement transparente; ils se présentent sous forme de granulations dont le volume varie depuis un grain de chènevis jusqu'à un noyau de cerise; ils sont tantôt durs, tantôt mous; à mesure que ces follicules augmentent de volume et se rapprochent les uns des autres, ils forment des

plaques blanches et fongueuses, élevées d'une ou deux lignes à la surface de l'intestin. Ce qu'il y a encore de constant et de remarquable dans les lésions pathologiques dont il s'agit, c'est l'engorgement des ganglions correspondants du mésentère, tout le long de la portion d'intestin qui se trouve affectée d'irritation subinflammatoire. Cette circonstance est remarquable, parce qu'elle semble former un des caractères distinctifs de la subinflammation, quel que soit son siége sur telle ou telle membrane muqueuse. C'est ainsi que dans l'angine couenneuse pharyngienne et laryngo-trachéale, il survient assez promptement un engorgement plus ou moins considérable des glandes sublinguales et sous-maxillaires; dans l'angine catarrhale ou pulmonaire, on trouve cet engorgement dans la plupart des ganglions qui accompagnent les divisions des bronches et des principaux vaisseaux qui pénètrent dans le poumon. Les tubercules eux-mêmes, dont on fait tant de bruit, ne sont autre chose que le produit de la subinflammation dont il s'agit. On sait également avec quelle promptitude s'engorgent les ganglions de l'aine dans les blennorrhées.

C'est ordinairement à la suite des phénomènes décrits sous les noms de fièvres rémittentes muqueuses ou pituiteuses, de fièvres putrides et entéro-mésentériques, de diarrhées épidémiques, qu'on rencontre les altérations organiques dont nous venons de parler; mais il arrive souvent que les glandes et les follicules muqueux ne sont point aussi généralement et aussi profondément affectés que dans ces dernières circonstances; il n'est pas rare que leur irritation se borne à un léger gonflement, à un surcroît d'exhalation semblable à celui occasionné par un purgatif; dans ce cas, les phénomènes sympathiques ou fébriles sont peu ou point sensibles. Il suffit d'une impression morale vive, de l'action subite d'un froid humide, pour produire, chez quelques personnes, l'effet dont il s'agit. Si ces mêmes causes viennent à agir peu de temps après le repas, il peut en résulter le trouble ou la suspension des fonctions digestives, qui constitue la lienterie. Quand c'est à la suite d'une impression de froid que la diarrhée et la lienterie se manifestent, alors la suppression de l'exhalation cutanée se joint à l'irritation causée par les aliments non digérés pour exciter les follicules muqueux et faire prédominer l'action du système lymphatico-sécrétoire et ganglionnaire. Tous les effets dont nous venons de parler sont plus

prompts et plus marqués chez les jeunes gens que chez les vieillards, surtout chez les individus de vingt à trente-cinq ans, d'un tempérament lymphatique ou lymphatico-sanguin.

Il peut arriver aussi, chez les individus dont le système hépatique est très irritable et qui ont éprouvé des affections morales vives et profondes, que la stimulation se fasse particulièrement sentir aux vaisseaux sécréteurs de la bile; alors il en résulte un ictère. Dans ce cas, l'irritation semble portée à la fois sur les vaisseaux sécréteurs et absorbants du système biliaire, car la bile est non seulement sécrétée en plus grande quantité qu'à l'ordinaire, mais elle est encore promptement absorbée et répandue partout dans les solides comme dans les fluides, jusque dans les humeurs de l'œil, dans la pulpe cérébrale et les os. Les fluides même sécrétés par les autres glandes éprouvent une teinte et des modifications particulières; de là vient que le lait d'une nourrice ictérique purge son nourrisson, d'après les observations de Basilewitch, de Sœmmering, etc.

On sait aussi de quelle activité jouit le système absorbant dans l'irritation subinflammatoire de la muqueuse qui tapisse les organes génitaux de l'un et de l'autre sexe, dans certains cas de blennorrhée, de leucorrhée, dans lesquels la transmission de l'irritation se propage avec rapidité, non seulement dans les vaisseaux lymphatiques et les glandes voisines, mais encore dans les endroits les plus éloignés quand ils se trouvent disposés à ce genre d'irritation, comme la membrane muqueuse du pharynx, du voile du palais, de la bouche, etc. Il est facile de concevoir cette grande ressemblance qu'on a de tout temps remarquée entre les ulcères des gencives, les maux de gorge ou les angines syphilitiques, avec les angines couenneuses, puisque c'est absolument la même maladie, produite par des causes différentes. Il en est de même des ulcères scorbutiques de la bouche et des gencives; c'est toujours l'irritation portée dans les vaisseaux blancs et sécréteurs qui produit cette couche blanche et grisâtre qu'on observe sur les ulcères dont il s'agit; quelquefois aussi l'absorption est si active qu'il en résulte une sorte d'usure et de déperdition de substance locale; de là cette profondeur qu'acquièrent parfois les ulcères.

Les subinflammations du péritoine, des reins, de la matrice, qui constituent l'ascite, le diabètes, l'hydrométrite, ont cela de commun avec les affections de même genre, de présenter des

phénomènes locaux et généraux à peine sensibles, si ce n'est dans l'ascite, le gonflement de l'abdomen, et la fluctuation du liquide contenu dans la poche péritonéale ; ces affections n'éveillent que peu ou point de sympathies ; à peine si les fonctions cérébrales, respiratoires, digestives et circulatoires se ressentent de leur existence ; celles de la respiration et de la digestion ne sont guère dérangées que par la compression mécanique du liquide dans les cas où son accumulation devient considérable. La peau est sèche et décolorée ; le pouls faible et quelquefois plus lent que dans l'état normal ; l'influence du cerveau et de la moelle épinière n'est annoncée que par un sentiment de faiblesse, de malaise et de lassitude générale. S'il arrive que des phénomènes sympathiques et fébriles soient très marqués, c'est quand ils se montrent sous forme d'accès précédés de frisson, de bâillements, de dégoût, de vomissements, de soif, d'anxiété et autres symptômes qui indiquent l'affection simultanée de la muqueuse digestive.

Mais, en général, le développement insensible, la marche pour ainsi dire latente et l'absence de phénomènes généraux ou sympathiques ont été cause que plusieurs auteurs n'ont vu dans les affections dont il s'agit que des hydropisies passives, des maladies asthéniques, produites par la faiblesse, le relâchement des tissus, la sérosité ou la pauvreté du sang. Il est vrai qu'aujourd'hui le nombre des partisans des hydropisies passives commence à devenir fort petit, si toutefois il en existe encore. On commence à comprendre que les prétendus obstacles mécaniques au cours des fluides par des obstructions, par certains engorgements glanduleux, etc., n'existent jamais tels qu'on les suppose ; ces engorgements, ces obstructions ne sont le plus souvent eux-mêmes que le résultat de la même irritation subinflammatoire qui commence à attaquer les organes glanduleux avant de se manifester dans les membranes séreuses ; c'est ainsi qu'il n'est pas rare que l'hydropleurite, l'hydropéritonite, l'hydrométrite, ne soient précédées du développement de quelques tubercules dans les poumons et dans le mésentère, d'un engorgement dans le foie, la rate, les ovaires. Les femmes, bien plus souvent que les hommes, sont sujettes aux hydropisies dont il s'agit, et c'est ordinairement quand elles sont mal réglées ou quand elles sont arrivées à l'âge critique, que ces maladies se développent, c'est-à-dire dans des circonstances où il s'établit volontiers chez elles une pléthore sanguine ou lymphatique, et

par suite des phlegmasies chroniques, des subinflammations et des hydropisies dont l'activité ne peut être méconnue.

On reproche à la doctrine physiologique de regarder toutes les hydropisies comme sthéniques ou le résultat de l'inflammation, et de ne tenir aucun compte de celles produites par la suspension ou le ralentissement de la circulation veineuse et lymphatique. Il nous semble que ce reproche est établi vaguement et sans motifs plausibles : il sera toujours très difficile de s'entendre tant qu'on se tiendra de part et d'autre dans les extrêmes. Il nous paraît que les partisans des hydropisies passives ou asthéniques (s'il y a encore des médecins de bonne foi qui puissent l'être) ne réfléchissent pas qu'on ne peut sortir de l'irritation sans se jeter dans le vague ou sans sortir des lois qui régissent nécessairement toutes les opérations organiques en maladie comme en santé ; il faudrait supposer qu'un obstacle à la circulation des fluides rouges ou blancs, eût assez de puissance pour faire aussitôt tomber ces fluides dans le domaine des lois physiques, tandis que la mort seule peut anéantir l'empire des lois vitales ou organiques qui contre-balancent ou rendent presque nulle l'action des premières ; et la preuve, c'est qu'il suffit souvent de quelques heures pour dissiper des œdèmes et des hydropisies regardées comme passives : et pourtant l'action qui exhale n'est pas plus asthénique ou passive que l'action qui absorbe ; donc la *passivité* telle qu'on l'entend est tout-à-fait en dehors des lois physiologiques. Peut-on dire par exemple que l'œdème des extrémités inférieures chez les femmes enceintes soit passif ou asthénique, bien qu'il soit occasionné par la compression des veines iliaques? Tant de praticiens qui chaque jour lui opposent la saignée, ne le pensent pas. Sans doute il y a des cas où la saignée serait nuisible ; il y a des femmes pâles, étiolées, chez qui les fluides blancs prédominent tellement et dont l'hématose est si peu productive qu'elle fournit juste la quantité de sang nécessaire pour faire battre leur cœur et alimenter leur nutrition. De tels cas sont fort rares, il est vrai ; mais, tout comme on admet des pléthores sanguines dans lesquelles le sang semble déborder de toutes parts, de même aussi il peut y avoir des pléthores lymphatiques dans lesquelles le système blanc prédomine à tel point qu'il en résulte des fluxions ou des engorgements de même nature. Tout comme la prédominance du système sanguin conduit aux inflammations et aux hémorrhagies, de

même celle du système blanc favorise le développement des subinflammations et des hydropisies; une congestion sanguine locale est produite à volonté par la ligature circulaire d'un membre, chez un individu sanguin ; la même cause ne peut-elle pas produire un engorgement blanc chez une personne d'une constitution lymphatique? S'il existait une plaie antérieure dans ce membre, une hémorrhagie pourrait avoir lieu à la surface de cette plaie dans le premier cas; dans le second, il en résulterait au contraire une sécrétion ou une exhalation plus ou moins considérable de fluide séreux ou séro-albumineux. Hé bien, peut-on dire qu'il y ait force dans un cas et faiblesse dans l'autre? L'émorrhagie est-elle active, et l'exhalation séreuse passive? On ne le pense pas : il est trop évident qu'il n'y a dans ces deux cas d'autre différence dans le produit de l'irritation occasionnée par la pléthore locale, que celle qui résulte de la disposition locale et de l'idiosyncrasie individuelle. Supposons maintenant une pléthore générale, occasionnée par l'obstacle à la circulation qui résulte parfois de l'hypertrophie du cœur; qu'arrive-t-il alors? S'il s'agit d'un homme sanguin, tous les observateurs conviendront qu'il sera d'abord plus exposé à toute espèce de phlegmasie ; il sera disposé aux étourdissements, à la céphalalgie, à de fréquents catarrhes, à la pneumonie, à des appétits voraces, à des constipations opiniâtres ou à diverses nuances de gastrite et de gastro-entérite ; mais ce défaut d'équilibre dans les fonctions organiques, par suite d'un trouble ou d'un obstacle dans la circulation, alors même qu'il ne conduirait pas à des phlegmasies aiguës et bien tranchées, ne laisse pas de nuire à la santé ou à la nutrition générale de l'individu, les principaux éléments du sang ne sont pas tous réparés ou reproduits, et à la pléthore sanguine peut succéder lentement la pléthore lymphatique, de là l'anasarque ou diverses hydropisies qui commencent ordinairement par les pieds, les malléoles, et qui montent ou se rapprochent peu à peu du centre. Tous ces derniers phénomènes, qui n'ont lieu que graduellement chez un individu sanguin, peuvent se manifester de prime abord chez une personne lymphatique : or, l'œdème des jambes, l'hydropisie des bourses, l'ascite, l'hydrothorax, qui ne tarderont pas à survenir, peuvent-ils être regardés comme des affections passives? Non, pas plus que chez les premiers, les catarrhes, la pneumonie et parfois l'hémoptysie ne peuvent être taxés d'asthéniques.

M. Andral ayant ouvert plusieurs individus morts par suite d'hydropisies assez considérables du péritoine et de la plèvre, et n'ayant point trouvé à la surface de ces membranes, ni dans la sérosité abondante qu'elles contenaient, aucuns débris de fausses membranes, aucunes traces évidentes d'inflammation, et tous les autres viscères ne présentant point d'altération remarquable, demande si ce ne sont pas là des *hydropisies essentielles* et des *maladies humorales*. Singulière question de la part d'un écrivain aussi distingué ! question pourtant qui a fait tellement fortune que notre prudent et habile professeur est obligé lui-même aujourd'hui de modérer le zèle de ceux qui dès lors se sont élancés dans l'antique théorie de l'humorisme... Quoi ! l'on accuserait les humeurs quand on les trouve viciées dans leur quantité et leur qualité, sans réfléchir que ces humeurs ne s'étant pas formées toutes seules, on ne peut physiologiquement s'en prendre qu'aux organes qui les produisent dans l'état de santé comme dans l'état de maladie! N'est-ce pas évidemment à ces organes qu'il faut demander compte de la qualité et de la quantité de ces humeurs, et s'ils ne les sécrètent pas dans les conditions requises pour la santé, n'est-ce pas parce qu'ils ont eux-mêmes éprouvé une modification, une lésion quelconque dans leur organisation ? Tant qu'on n'aura pas d'autres faits et d'autres données que celles qu'on a mises en avant pour rentrer dans l'humorisme, nous ne pensons pas qu'on aille bien loin dans cette voie. Pour le moment, nous sommes convaincu que des faits si rares qu'ils font exception à la règle générale, ne peuvent être un motif suffisant pour nous faire sortir de la théorie à la fois si large et si sûre de l'irritation. M. Andral a trop d'esprit pour vouloir créer des maladies générales ou abstraites et indépendantes des organes par ces mots : *hydropisies essentielles ;* sans doute il ne veut pas nier qu'elles soient le produit de la subinflammation ou de l'irritation lymphatico-sécrétoire de la plèvre, du péritoine, etc. ; et s'il convient de cette irritation, qu'importe qu'il n'ait pas trouvé sur les cadavres dont il s'agit d'autres altérations organiques que le produit de cette irritation ; celle-ci n'est-elle pas suffisante pour affaiblir et tuer peu à peu des malades. Un défaut d'équilibre quelconque dans les fonctions organiques, quand il se prolonge, ne peut-il pas miner peu à peu les forces du malade ? les sources de la vie ne peuvent-elles pas s'épuiser aussi bien par l'activité morbide des vaisseaux sécréteurs

exhalants et absorbants d'une surface plus ou moins étendue, que si cette activité existait dans les capillaires sanguins pour constituer des phlegmasies ou des hémorrhagies?

C'est à cause des faibles données ou du peu de certitude qu'on peut avoir dans quelques circonstances sur le siége et la nature de la lésion locale que des médecins, d'ailleurs très instruits, sont encore portés à admettre des fièvres intermittentes muqueuses et pernicieuses essentielles; nul doute que si l'on était plus avancé dans la connaissance d'un grand nombre d'affections subinflammatoires des viscères, surtout des organes digestifs et cérébraux, on ne se rendît compte facilement de tous ces phénomènes fébriles, muqueux, ataxiques, putrides, etc., dont l'origine nous échappe quelquefois ou qu'il n'est pas facile de rattacher à des lésions organiques; mais ces phénomènes généraux ou sympathiques cesseront bientôt d'être considérés comme essentiels ou comme le résultat d'une affection morbide générale du moment qu'on aura scruté leur nature et leur mode de développement par l'analyse physiologique et les recherches anatomico-pathologiques. En effet, combien d'engorgements, de collections, d'épanchements de matières diverses, combien d'exhalations morbides de sérosité dans les cavités abdominales, thoraciques et cérébro-spinales, dont on n'est pas encore parvenu à se rendre compte et dont le mode de développement servirait peut-être à expliquer bien des phénomènes insolites, fébriles ou sympathiques, qui ne semblent se rattacher à aucune lésion matérielle! Il ne faut pas se dissimuler que la connaissance des maladies du système lymphatico-exhalant, sécréteur et absorbant, est bien peu avancée dans les viscères proportionnellement au rôle important qu'il y joue dans l'exhalation, l'absorption, la sécrétion d'un grand nombre de fluides, dans leurs déplacements fréquents et leurs combinaisons diverses, dans le flux et le reflux du sang et des humeurs de la périphérie au centre *et vice versâ* qui caractérise beaucoup d'accès fébriles, dans les mouvements de composition et de décomposition qui s'opèrent sans cesse au dedans de nous, etc. Combien de fois n'arrive-t-il pas que, faute de connaître une opération simple et naturelle, ou de réfléchir au mécanisme d'une sécrétion inaccoutumée, d'un épanchement insolite, on perd la trace qui conduirait à l'origine et expliquerait le développement de tels ou tels phénomènes morbides, regardés comme essentiels! Combien de cas où l'on

reconnaît des changements dans la quantité et la nature des humeurs, sans songer que ces changements n'ont pu survenir spontanément et sans qu'il se soit établi des points d'irritation dans les organes chargés de sécréter, d'élaborer ces humeurs, de leur imprimer des qualités et une direction bonnes ou mauvaises, utiles ou nuisibles à l'entretien de la vie ! N'est-il pas reconnu aujourd'hui que tout changement survenu dans la qualité et la quantité de nos humeurs et de nos fluides divers, en suppose un autre dans les solides ou dans les vaisseaux chargés de les fournir dans l'état normal ? Et n'est-ce pas par suite de la modification plus ou moins sensible qu'ils ont éprouvée, que ces organes en font subir une autre plus ou moins remarquable aux fluides qu'ils sont chargés de sécréter ou d'exhaler ?

Il est d'observation que les irritations subinflammatoires internes peuvent se remplacer réciproquement, quel que soit leur siége, sur des membranes muqueuses ou des membranes séreuses, sur des glandes, etc. ; elles peuvent alterner avec des affections de même nature ayant leur siége à l'extérieur du corps; ou bien celles-ci peuvent remplacer celles-là. C'est ainsi que la diarrhée intermittente quarte, sous le nº 354, fut remplacée par l'anasarque ou l'hydroleucite des pieds et des jambes. Ces irritations peuvent aussi passer d'une cavité dans une autre, puis d'une membrane muqueuse à une membrane séreuse, *et vice versâ*. M. Coindet (Mémoire cité) rapporte qu'il a vu, sur un enfant âgé d'une année, la conversion du croup en une hydrocéphale; celle-ci se termina par la mort du jeune malade. On voit sous le nº 330 une affection hydroméningite qui succéda à des ophthalmies et à des exanthèmes cutanés ; sous les nºs 331, 332 et 333, des hydrocéphales qui se déclarent, l'une à la suite d'une suppression purulente de l'oreille droite, et l'autre par la brusque disparition d'une tumeur lymphatique du cou ; la troisième à la suite de la coqueluche. Nous voyons aussi sous le nº 356 des diarrhées périodiques qui alternent avec des fleurs blanches et des sueurs anormales à la plante des pieds. M. Andral rapporte plusieurs observations qui confirment ces sortes de déplacement de l'irritation lymphatico-sécrétoire interne; nous citerons entre autres l'exemple d'une bronchorrhée qui fit disparaître très rapidement un hydrothorax, l'exemple d'une diarrhée qui dissipa de la même manière ou remplaça une hydropéritonite ou ascite. Le déplacement de l'irritation sécrétoire a lieu très souvent aussi d'une

membrane séreuse à l'autre. M. Andral a vu la disparition d'une ascite qui fut remplacée par une hydroméningite promptement suivie de la mort du malade. Au reste, cette loi de déplacement par une espèce de mouvement critique, que nous trouvons dans l'histoire des subinflammations périodiques internes, a déjà été signalée dans celle des phlegmasies et des irritations hémorrhagiques internes et externes. Nous avons vu que c'est presque toujours entre les irritations de même nature que cette espèce de migration a lieu. C'est une loi dont la connaissance est d'autant plus importante qu'elle peut quelquefois fournir des indications thérapeutiques très utiles, et, dans tous les cas, elle doit rendre le praticien attentif à prévenir des déplacements aussi funestes que le premier et le dernier faits dont nous venons de parler.

Les irritations subinflammatoires des viscères peuvent se présenter sous tous les types de rémittence et d'intermittence dont nous avons parlé ; elles n'ont guère de types d'élection ou qu'elles choisissent le plus ordinairement. Elles peuvent se présenter dans toutes les saisons, chez tous les âges, tous les tempéraments et sous toutes les constitutions atmosphériques ; mais elles sont plus fréquentes dans les lieux et les temps froids et humides, surtout en automne et à l'entrée de hiver. Elles attaquent aussi de préférence les individus d'un tempérament lymphatique, d'une constitution délabrée, particulièrement les femmes et les enfants.

Le pronostic de ces affections n'est point en général très fâcheux ; mais il varie beaucoup suivant les organes qu'elles attaquent, suivant l'époque à laquelle on est appelé pour les traiter, suivant qu'elles ont déterminé des altérations organiques plus ou moins profondes, suivant qu'elles sont plus ou moins accessibles à nos moyens thérapeutiques. Entre toutes les subinflammations des membranes muqueuses et séreuses, le croup, l'hydroméningite et l'hydrorachis, sont les plus graves, soit en raison de la place qu'elles occupent ou de l'importance des fonctions dont elles amènent le trouble et la suspension, soit par l'obscurité des signes qui servent à les caractériser à une époque où il faudrait un diagnostic aussi rapide que sûr pour employer avec la méthode et la vigueur convenables les moyens thérapeutiques, soit en raison de la rapidité des accidents, qui laisse à l'art trop peu de temps pour agir, surtout si l'on n'est pas appelé dès le début de ces terribles maladies.

Causes. — Ce que nous venons de dire explique pourquoi nous

ne pouvons faire qu'une énumération générale et très incomplète des causes productrices, et surtout des causes prochaines ou efficientes des subinflammations périodiques internes. Ces causes sont d'ailleurs à peu près les mêmes que celles indiquées pour les subinflammations intermittentes externes, et toutes celles qui déterminent des affections analogues sous le type continu ; les principales sont : un tempérament lymphatique ou lymphatico-sanguin, l'enfance, la vieillesse, certaines variations atmosphériques, qui se rencontrent surtout dans les transitions de l'hiver au printemps et de l'automne à l'hiver; le retour spontané de certains courants d'air, plus ou moins rapides et froids ; la suppression d'une humeur purulente des oreilles, comme sous le n° 331, ou d'un flux habituel quelconque ; la répercussion rapide de la transpiration cutanée ou de quelques affections lymphatico-sanguines et sécrétoires, comme la gale, les dartres, la teigne, ou lymphatico-exhalant, comme l'œdème, l'anasarque, l'hydrocèle, les sueurs abondantes et fétides de la plante des pieds, des aisselles, qui ont lieu chez quelques personnes, etc., la disparition brusque d'une tumeur lymphatique externe, comme sous le n° 332; puis l'habitation dans des lieux chauds et humides, froids et humides, au milieu des effluves marécageux ou d'un air vicié quelconque; la proximité des rivières, des lacs, et de tout ce qui entretient une humidité habituelle; l'usage d'aliments et de boissons de mauvaise qualité, la diète végétale prolongée et la privation du vin; l'abus des plaisirs vénériens, des purgatifs, des mercuriaux, etc. ; l'usage immodéré de certaines boissons, comme le thé, la bière, le cidre ; les grandes fatigues du corps et de l'esprit, les affections morales tristes ; quelquefois une violence extérieure, une forte commotion, certains obstacles au cours des humeurs, etc.

Il n'y a pas plus de causes *spéciales* pour la subinflammation qu'il n'y en a pour l'inflammation ; c'est principalement de la disposition des individus dont il faut tenir compte ; car tous les médecins savent qu'il y a des personnes tellement organisées que les causes les plus stimulantes, celles mêmes qui, chez le plus grand nombre, produisent constamment des inflammations, chez elles, ne développent jamais que des irritations sécrétoires et lymphatiques ; c'est-à-dire que l'affection d'un organe donné, l'irritation de la conjonctive par exemple, au lieu d'offrir les symptômes inflammatoires qui caractérisent habituellement

l'ophthalmie, sera surtout remarquable par une sécrétion très abondante de mucosités, par un engorgement indolent et lymphatique des paupières, par l'activité des glandes lacrymales et sébacées dont le produit plus épais, plus abondant, plus glutineux, attache en quelque sorte les paupières l'une à l'autre, rend les yeux chassieux, très sensibles à la lumière et impropres à remplir leurs fonctions, et constitue ce que des médecins appellent une ophthalmorrhée. Ce que nous disons de l'œil peut être appliqué à tout autre organe affecté de la même manière. Une des causes les plus spéciales qu'on connaisse, celle de l'action mercurielle, est bien loin d'être constamment la même chez tous les individus : chez l'un, son usage produit une salivation et une subinflammation couenneuse assez prompte de la muqueuse buccale et pharyngienne; chez un autre, il en résulte une irritation inflammatoire de la muqueuse digestive, une espèce d'empoisonnement ou de superpurgation, etc.

Symptômes. — Nous ne pourrions point ici exposer en détail les symptômes qui caractérisent chaque espèce d'irritation subinflammatoire ou lymphatico-sécrétoire. Ces symptômes sont absolument les mêmes que ceux qui caractérisent ces affections lorsqu'elles sont continues. Ils présentent beaucoup de différence suivant les organes qui se trouvent affectés, suivant les causes qui ont agi, suivant l'âge, le sexe, le tempérament des malades, la constitution atmosphérique, etc.; ils ne peuvent être exposés d'une manière générale. Les faits que nous avons recueillis, joints aux considérations générales que nous venons d'exposer, suppléeront aux descriptions particulières dans lesquelles nous ne pourrions entrer sans nous exposer à beaucoup de répétitions. D'ailleurs, saisir les principaux traits sous lesquels se présentent ordinairement les subinflammations périodiques, éclairer leur diagnostic en faisant ressortir leurs caractères communs, et ceux qui sont relatifs aux principales affections dont il s'agit, telle était la seule tâche utile que nous avions à remplir. Quel que soit son siége dans les membranes muqueuses, dans les membranes séreuses et dans les viscères parenchymateux, il est certain que la subinflammation exerce des influences sympathiques en général peu étendues et peu marquées ; les principales semblent avoir lieu sur le système nerveux de la moelle épinière pour produire un sentiment de lassitude, de courbature et de faiblesse générale ; de leur influence sur le cerveau ne résulte que peu ou point

de douleur, mais seulement une espèce de gêne, de pesanteur et de constriction locale; puis une tendance à la tristesse, à la mélancolie, une sorte d'exaltation, et plus souvent d'hébétude, de stupeur ou d'engourdissement du moral, un sommeil agité par des rêves ou des songes pénibles; le pouls est en général peu fréquent, quelquefois dur et serré, plus souvent faible et facile à déprimer. Les fonctions respiratoires et digestives ne sont guère troublées que dans les irritations subinflammatoires qui attaquent les membranes muqueuses des voies aériennes et digestives; il y a même des diarrhées périodiques qui n'empêchent pas la digestion de s'opérer comme dans l'état de santé, cependant les fonctions digestives sont celles qui sont le plus souvent dérangées par l'influence sympathique de l'irritation sécrétoire interne, et avant de provoquer des symptômes fébriles et nerveux presque toujours elle commence par développer des phénomènes gastriques plus ou moins sensibles. Une des fonctions qui sont le plus souvent troublées sympathiquement, c'est l'exhalation de la peau, qui est presque toujours sèche, pâle, écailleuse, sujette à des sueurs froides et partielles. La sécrétion des urines est aussi plus ou moins troublée ou suspendue, suivant l'abondance des exhalations muqueuse ou séreuse qui sont le produit de la subinflammation viscérale. Les urines sont souvent épaisses, rouges et briquetées. La fièvre, quand elle existe, est presque toujours modérée et sujette à des accès ou redoublements dont la fréquence et la durée n'ont rien de fixe. Le frisson qui les précède n'est point vif et universel; le plus souvent il est borné aux extrémités, ou paraît comme un sentiment de froid qui se glisse entre cuir et chair sans produire aucun tremblement. La périodicité des accès ou redoublements est en général assez marquée; le type quotidien et double tierce est celui qu'elle adopte de préférence; il n'est pas rare aussi qu'elle présente le type quarte. Ces mouvements fébriles se montrent presque toujours vers le soir, et sont souvent accompagnés de douleurs plus ou moins sensibles dans le dos, les reins, les articulations. Le système lymphatico-ganglionnaire, placé à la surface du corps, manifeste souvent un surcroît d'action par des salivations copieuses, des engorgements glanduleux du cou, des aisselles ou des aines, dont quelques uns vont quelquefois jusqu'à la suppuration. Enfin, de l'irritation locale, primitive et principale, résulte une supersécrétion ou une exhalation plus ou moins considérable de fluides,

dont la quantité, la couleur, la consistance, varient selon que l'organe affecté est une glande, comme dans le ptyalisme, l'ictère, le diabètes; ou une membrane séreuse, comme dans l'hydroméningite, l'hydropleurite, l'hydropéritonite; ou une membrane muqueuse, comme dans la bronchorrhée, l'entérite folliculeuse, la leucorrhée, la blennorrhée, etc.

Toutes ces sécrétions et exhalations morbides périodiques peuvent être la suite de l'inflammation, dans ce sens que l'inflammation est une des causes prochaines les plus fréquentes de la subinflammation. S'il n'est pas rare que celle-ci se manifeste sans avoir été précédée d'inflammation, il arrive plus souvent encore qu'elle en soit la suite; mais il y a, dans ce dernier cas, cette différence essentielle, que la supersécrétion ou l'exhalation morbide attend pour se manifester que les symptômes de l'inflammation soient arrivés à leur déclin, tandis que cette supersécrétion se manifeste de prime abord dans la subinflammation dont elle constitue le principal caractère. Les choses se passent ainsi quels que soient le siége et le produit de l'irritation lymphatico-sécrétoire ou exhalante; quelle que soit la nature séreuse, muqueuse, séro-albumineuse du produit subinflammatoire. Ce produit est souvent semblable, quel que soit le tissu affecté, et quelle que soit la cause de la subinflammation : on voit des membranes séreuses subenflammées fournir une sécrétion séro-albumineuse, susceptible de se coaguler et de former une couenne ou pellicule tout-à-fait semblable à celle de quelques angines, surtout quand les parties les plus fluides sont rapidement enlevées par l'absorption. Si la forme couenneuse ou membraneuse est si fréquente sur la muqueuse pharyngienne et laryngo-trachéale, cela provient à la fois de la prompte évaporation des fluides sécrétés et de leur condensation par les courants d'air alternativement chauds et froids qu'entretient l'acte respiratoire, de la même manière que se trouvent promptement coagulées et desséchées à l'extérieur du corps les sécrétions morbides qui constituent les dartres et les teignes. Dans la membrane muqueuse gastro-intestinale, le produit de l'irritation sécrétoire et folliculeuse ne se transforme presque jamais en croûtes et en membrane, parce qu'il conserve la même température, parce qu'il est sans cesse abreuvé de fluides divers, et qu'il n'est point soumis aux dernières causes de condensation dont nous venons de parler. Il ne faut pas confondre le produit couenneux ou membraneux de la subinflammation

avec les escarres couenneuses occasionnées par le contact de certains acides, de l'acide hydrochlorique par exemple, ou de l'ingestion de substances caustiques quelconques dans les cas d'empoisonnement; ces escarres sont le résultat de la mortification de la couche épidermoïque de la muqueuse digestive, et non le produit d'une humeur sécrétée et coagulée. Il y a cependant des médicaments qui, portant une action directe sur le système lymphatico-exhalant, donnent lieu à une exhalation qui se transforme en membrane absolument semblable à celle de l'angine couenneuse et du croup: telle est celle produite par l'ingestion du mercure, par exemple; mais le danger de la supersécrétion et de la couenne mercurielle n'est pas à comparer à celui du croup, parce que l'effet du mercure, presque toujours borné aux glandes salivaires, à la muqueuse buccale et pharyngienne, ne pénètre que très rarement dans celle qui tapisse le larynx et la trachée-artère. Nous ne disons pas *jamais*, comme M. Bretonneau, parce qu'on peut citer plus d'une phthisie laryngée, suite d'affection vénérienne et de l'abus du mercure.

Traitement. — S'il est vrai que dans l'histoire des maladies en général la partie relative au traitement soit la plus importante et la plus utile, aucun médecin ne doutera de l'importance et de l'utilité de la division des maladies en inflammatoires et en subinflammatoires ou lymphatico-exhalantes. Cette distinction, établie par M. Broussais, et développée selon les principes de la doctrine physiologique, est non seulement lumineuse et satisfaisante pour la théorie, mais elle est encore éminemment utile pour la pratique, et nul doute qu'on en sente de plus en plus les avantages à mesure qu'on avancera dans l'histoire encore si incomplète des irritations subinflammatoires. Quelle que soit aujourd'hui cette histoire, et en nous arrêtant seulement aux maladies bien connues qui entrent naturellement dans la classe des subinflammations, la théorie physiologique nous permet déjà de nous rendre compte, à leur égard, de la pratique bonne ou mauvaise, des succès et des insuccès obtenus par telle ou telle méthode de traitement. Les faits ont été et seront à jamais ce qu'il y a de positif et d'immuable en médecine, aussi la meilleure théorie sera toujours celle qui deviendra l'expression du plus grand nombre de faits, et qui les embrassera tous, ou du moins servira à se rendre compte de tous d'une manière plus ou moins satisfaisante, surtout relativement aux moyens constatés par l'expé-

rience pour la guérison des malades. Or, il y a beaucoup de faits pathologiques, anciens et modernes, dont on ne pouvait se rendre compte convenablement, dont on ne pouvait concevoir la guérison par les toniques, les stimulants divers, par une méthode perturbatrice quelconque, sans renouveler les hypothèses à jamais oubliées de l'humorisme, et dont on se rend compte aujourd'hui facilement, soit par l'époque de la maladie où l'on a employé ces moyens, soit par sa nature subinflammatoire. En effet, combien de prétendues fièvres essentielles hydrocéphaliques, putrides, catarrhales, muqueuses ou pituiteuses, mésentériques; combien de toux épidémiques, d'angines gangréneuses, malignes ou couenneuses; combien de diarrhées, d'hydropisies, de leucorrhées, d'ictères, de blennorrhées, etc., se trouvent dans le cas dont il s'agit!

L'excellent Traité des phlegmasies chroniques avait déjà prouvé qu'une phlegmasie, quelque ancienne, quelque latente qu'elle fût, tant qu'elle conserve ses caractères inflammatoires, devait être poursuivie avec persévérance et méthode par le traitement antiphlogistique; il avait prouvé que s'il arrivait parfois qu'une inflammation pût supporter plus facilement, en raison de sa chronicité, l'action de certains stimulants, que, s'il y avait quelques succès rares et hasardeux à cet égard, ce n'était pas une raison suffisante pour le médecin prudent d'y avoir recours. Mais à côté de ces principes, rendus à jamais certains et immuables par l'expérience de tous les temps, d'autres règles thérapeutiques durent être la conséquence de beaucoup d'autres faits également observés par tous les praticiens; ces règles, indiquées d'une manière générale par M. Broussais, parurent d'abord en opposition avec les précédentes, alors qu'on n'avait point encore réfléchi à la nature différente des affections auxquelles seules on pouvait les appliquer avec sécurité et succès, alors qu'on n'avait point encore reconnu que l'irritation sanguine qui constitue la phlegmasie, pouvait être modifiée à son tour et se transformer en irritation lymphatico-exhalante ou sécrétoire. De telle sorte que la lésion des mêmes organes qui, dans le principe et dans certains cas, avait été traitée avec succès et exclusivement par les antiphlogistiques, pouvait l'être plus tard, ou dans d'autres circonstances, avec le même succès, et seulement par une méthode stimulante et perturbatrice. Nous avons vu d'ailleurs que la subinflammation, alors même qu'elle n'était pas la suite d'une

phlegmasie, et qu'elle commençait de prime abord avec les caractères qui lui sont propres, pouvait être guérie par la méthode antiphlogistique; nous avons vu qu'en général l'expérience avait prouvé le succès des antiphlogistiques appliqués avec méthode dès le début de la subinflammation, soit parce que l'irritation des capillaires rouges prend toujours quelque part dans le principe à celle des vaisseaux blancs, soit parce qu'en diminuant la masse du sang, d'où sont tirés tous les divers matériaux des sécrétions et des exhalations morbides, on rend ces dernières moins abondantes et moins dangereuses, principalement dans les cas où tout le danger provient de leur quantité et de leur densité. C'est ainsi que dans le croup et dans l'hydroméningite, les plus dangereuses de toutes les subinflammations, la saignée générale et surtout les applications locales de sangsues, employées dès le début et avec vigueur, ont été reconnues les moyens les plus efficaces pour prévenir ou ralentir l'exhalation séreuse et séro-albumineuse qui occasionne la mort des malades. On peut tirer parti de la méthode antiphlogistisque même dans certaines affections catarrhales, regardées comme asthéniques parce qu'elles se présentent chez des personnes âgées, et dans lesquelles la sécrétion muqueuse est si abondante qu'elle nécessite des efforts continuels de toux et d'expectoration qui ébranlent, fatiguent les organes pulmonaires, et affaiblissent beaucoup les malades; il faut profiter des premiers moments de gêne, d'anxiété, et de constriction ressentie sur le trajet de l'arbre bronchique, pour appliquer des sangsues localement, mais le plus souvent à l'anus, pour diminuer à la fois la quantité du sang, et produire une dérivation toujours avantageuse sur les vaisseaux hémorroïdaux; les frictions sèches et humides sur toute la surface du tronc, irritantes sur les extrémités des membres; enfin tous les moyens révulsifs externes particulièrement ceux qui tendent à activer l'action de la peau, comme l'usage de la flanelle, un exercice modéré et propre à exciter la moiteur, etc., doivent être méthodiquement employées. Enfin, c'est en augmentant l'exhalation cutanée par tous les moyens dont l'expérience a constaté l'efficacité comme les préparations antimoniales, sulfureuses, la poudre de Dower, etc.; d'autres fois, c'est en portant une stimulation plus ou moins énergique sur la muqueuse digestive, et en remplaçant les boissons adoucissantes par les décoctions amères, qu'on réussira à calmer ou à arrêter celle de la mu-

queuse pulmonaire, principalement dans le cas où l'on n'a pas été appelé dans le début, et où la prolongation de la maladie et la faiblesse des individus contre-indiquent l'emploi des émissions sanguines, comme on en voit un exemple sous le n° 340.

Ce que nous disons du catarrhe chronique ou purement muqueux s'applique également à tous les cas de diarrhée dans lesquels l'abondance de la sécrétion muqueuse, la fréquence des selles et l'absence des symptômes inflammatoires, indiquent une irritation du système lymphatico-ganglionnaire de la muqueuse intestinale. C'est dans des cas pareils qu'on a employé avec succès l'ipécacuanha pour provoquer dans la partie supérieure du canal digestif une secousse qui semble faire diversion à l'irritation des follicules muqueux de la partie inférieure de ce canal, et particulièrement des intestins grêles; la décoction blanche et le laudanum liquide de Sydenham, la décoction de quinquina, de gentiane, de cascarille, associée au camphre, à l'opium, ont été quelquefois utiles. Mais aussitôt que la fréquence et la dureté du pouls, la sécheresse de la langue, la chaleur de la peau, l'agitation générale et la constipation, indiquent la recrudescence ou la complication de l'irritation inflammatoire, il ne faut pas hésiter à abandonner tous les stimulants directs pour revenir aux moyens antiphlogistiques, aux cataplasmes, aux fomentations émollientes sur l'abdomen, aux lavements adoucissants et aux sansgues appliquées au fondement. Il y a, dit M. Andral, des cas de flux ou de fièvres muqueuses dans lesquels il ne faut ni affaiblir, ni stimuler, ni tirer du sang, ni donner des toniques, et qui guérissent très bien par les purgatifs. Plus d'un flux muqueux intestinal cède, par exemple, tantôt aux astringents, tantôt aux purgatifs amers, à des substances, en un mot, qui semblent surtout agir en substituant une autre modification à la modification actuelle des follicules muqueux. J'ai connaissance d'un cas dans lequel une femme tourmentée de digestions pénibles, avec vomissement presque quotidien de mucosités blanchâtres, qu'elle appelait des glaires, a été guérie par l'usage d'eaux minérales ferrugineuses et de la rhubarbe. Nous voyons dans le fait sous le n° 348 que M. Bonnet administra avec succès l'émétique pour combattre une supersécrétion biliaire, résultat d'une véritable subinflammation du foie; les exacerbations de celle-ci donnaient lieu à des accès de fièvre dont l'intensité fut diminuée par le même moyen, et qui put dès lors être combattue avec un rare succès par le sulfate de quinine.

On sait de quelle vogue jouissent depuis long-temps les préparations mercurielles contre plusieurs affections morbides qualifiées de *maladies virulentes*, de *phlegmasies spéciales*. Ces remèdes eux-mêmes en ont obtenu le titre de *spécifiques* ; or, n'est-il pas vrai qne toute la spécialité de ces maladies consiste dans le choix que fait l'irritation du système lymphatico-ganglionnaire de préférence au système sanguin? Quant aux remèdes spécifiques, n'est-il pas vrai encore que tout ce qu'il y a de merveilleux dans ce mot se borne aujourd'hui à reconnaître leur action plus marquée sur le système blanc, sécréteur et exhalant ? Il en est de même de la plupart des stimulants diffusibles connus sous les noms de sudorifiques, d'apéritifs, de diurétiques, etc. Les diverses préparations d'iode, qui sont devenues un moyen thérapeutique si précieux et qu'on associe encore avec avantage aux mercuriaux dans le traitement des affections scrofuleuses et siphilitiques; tous ces moyens n'ont plus rien de *spécifique*, selon l'acception de ce mot, que d'être des contre-stimulants du système lymphatique, d'être à l'égard des subinflammations ce que sont les antiphlogistiques à l'égard des inflammations. Les saignées, les sangsues, désemplissent les vaisseaux sanguins, comme les stimulants diffusibles, en augmentant l'action du système exhalant sécréteur de la peau, des glandes salivaires et rénales, désemplissent les vaisseaux blancs, et font cesser la pléthore lymphatique ou l'irritation subinflammatoire; ils font cesser les sécrétions morbides portées, soit sur des membranes séreuses, comme l'arachnoïde, la plèvre, le péritoine, soit sur les membranes muqueuses gastro-intestinale, pulmonaire, urétrale et vaginale, en provoquant une stimulation diffusible, une exhalation cutanée générale et plus abondante, ou d'autres sécrétions partielles, qui tendent à ramener l'équilibre en faisant diversion aux irritations subinflammatoires dont il s'agit.

Dans certains cas, c'est en opposant irritation à irritation ou en provoquant une légère irritation inflammatoire qu'on fait cesser la subinflammation : c'est ce qui arrive quand on pratique des injections stimulantes dans le canal de l'urètre, dans le vagin pour certains cas de blennorrhée, de leucorrhée, plus ou moins abondantes et opiniâtres. C'est pour obtenir le même résultat qu'on emploie les gargarismes stimulants et même les applications cathérétiques, comme la poudre d'alun, l'acide hydrochlorique, seul ou simplement mêlé avec un peu de miel, sur les ulcères

scorbutiques des gencives, dans les maux de gorge gangréneux et les angines couenneuses. Mais l'emploi de ces moyens exige beaucoup de prudence, et ne doit être essayé que dans les cas où les parties affectées sont assez à découvert pour qu'on puisse limiter à elles seules l'action des caustiques, et dans les circonstances où l'on est bien certain que le système capillaire sanguin ne prend aucune part à l'irritation subinflammatoire, autrement on courrait risque d'augmenter l'intensité de la lésion locale et de provoquer la gangrène ou une dégénérescence cancéreuse. D'autres fois les applications peu modérées d'un acide aussi actif que l'hydrochorique peuvent elles-mêmes provoquer la formation d'une fausse membrane, ou plutôt d'une escarre membraneuse, résultant de la cautérisation de la surface muqueuse sur laquelle on les pratique. La quinzième observation rapportée par M. Bretonneau en offre un exemple remarquable. Les applications d'acide hydrochlorique furent mis en usage fréquemment et presque dès l'invasion de la diphthérite. Le malade succomba le sixième jour, et l'autopsie fit voir la tunique villeuse de la langue profondément altérée par l'action du topique. Une concrétion blanche, membraniforme, répandue sur toute la partie antérieure du voile du palais et des amygdales, était due également à la cautérisation. Cette concrétion remontait vers l'ouverture gutturale des fosses nasales, où elle avait beaucoup d'épaisseur ; elle ne s'étendait pas du côté du larynx au-delà de l'épiglotte ; mais elle descendait depuis le pharynx jusqu'au cardia. M. Bretonneau dit qu'*il est peu probable que cette concrétion ait été déterminée par l'application de l'acide, parce que chaque cautérisation occasionnait des efforts de vomissement!* Ces efforts ne semblent-ils pas prouver au contraire que l'effet de la cautérisation était ressenti par l'estomac lui-même ? Quoi qu'il en soit, nous avons vu, par la conclusion que tire le praticien de Tours de ses différents essais sur l'emploi des moyens dont il s'agit contre l'angine couenneuse, pharyngienne, tonsillaire et laryngo-trachéale, qu'il y a beaucoup d'incertitude sur les avantages qu'on peut en retirer. D'ailleurs cette médication locale devient absolument nulle ou impraticable du moment que l'irritation sécrétoire a pénétré dans le larynx et la trachée-artère: car il n'y a plus moyen de faire parvenir sur la muqueuse affectée les remèdes stimulants ou cathérétiques sans s'exposer à faire plus de mal que de bien ; les fumigations d'acide hydrochlorique elles-mêmes ne sont pas

exemptes de danger, et n'ont guère réussi que dans les cas où les malades auraient très bien guéri sans elles.

Quant à la trachéotomie proposée par quelques praticiens, il est bien reconnu aujourd'hui qu'un pareil moyen doit être rejeté malgré le fait donné par M. Bretonneau à l'appui de son efficacité; car, dans ce fait même, on n'en voit point la nécessité ; et si le malade a guéri, ne peut-on pas dire qu'il a résisté à la fois au danger de sa maladie et au danger de l'opération dont il s'agit? Nul doute qu'on ne se fasse une fausse idée du croup quand on songe à y remédier par la trachéotomie, car il est bien rare que les malades périssent d'asphyxie seulement par l'occlusion du larynx ; le plus souvent chez les enfants, et l'on peut dire presque toujours chez les adultes, c'est parce que la subinflammation se répand au loin dans les divisions de l'arbre bronchique ; les malades sont alors asphyxiés, non par l'oblitération de l'ouverture laryngienne, mais parce que l'air ne peut plus circuler dans les bronches à cause de l'abondance et de la ténacité des mucosités sécrétées tout le long de leur surface interne. Quand la maladie tend à se propager au loin et à atteindre le degré d'intensité dont il s'agit, les ressources de l'art deviennent bien faibles, sinon tout-à-fait nulles. On a proposé l'ipécacuanha pour exciter des efforts de vomissement et des secousses propres à détacher les matières qui obstruent les voies aériennes; mais ce n'est point en général par des moyens mécaniques qu'on peut obtenir cet effet important : il est bien à craindre que les ébranlements et les secousses qui résultent des efforts de vomissement n'augmentent la fatigue et l'angoisse des malades. Les stimulants révulsifs les plus convenables sont ceux qui attirent les humeurs vers un autre point, ou qui, imprimant une forte stimulation à tout le système lymphatico-ganglionnaire, tendent à établir une puissante diversion à l'irritation subinflammatoire ou à l'exhalation morbide partielle qu'il importe d'arrêter ; c'est dans ce sens qu'agissent les vésicatoires, les frictions ammoniacales à la peau, les cataplasmes sinapisés entre les épaules, à la partie interne des bras et des jambes, l'administration des préparations mercurielles et iodatées, soit à l'extérieur du corps en bain et en friction, soit à l'intérieur sous forme liquide et en pilules. Dans ce dernier cas, le calomel a très souvent fixé le choix des praticiens, sans doute parce qu'il porte en même temps une action très marquée sur les gros intestins pour provoquer des évacuations

alvines plus ou moins abondantes. M. Jurine, comme on le voit dans les exemples de croup sous les nos 342 et 344, a employé avec succès le tartre stibié. L'utilité des stimulants révulsifs dans l'angine couenneuse laryngo-trachéale, est d'autant mieux indiquée, que c'est moins la couche membraneuse actuellement existante qui fait périr les malades que la reproduction d'une seconde, d'une troisième plus épaisse, plus étendue et plus adhérente à mesure que la première est détachée, ramollie, divisée et expulsée par les efforts répétés de toux et d'expectoration. C'est à empêcher cette reproduction que doivent tendre tous les stimulants diffusibles et dérivatifs à la peau, sur la muqueuse intestinale et sur tout le système exhalant et lymphatique en général. Enfin, quand il y a des intermissions ou seulement des rémissions bien sensibles et régulières dans les phénomènes morbides qui constituent l'affection dont il s'agit, il ne faut pas hésiter à administrer le plus promptement possible le quinquina ou le sulfate de quinine pour en prévenir les retours ou les redoublements périodiques.

Tout ce que nous venons de dire pour le traitement du croup s'applique également à celui de l'hydroméningite et de la plupart des autres subinflammations des membranes séreuses. Dans l'hydroméningite comme dans le croup, les moyens dont nous venons de parler ne peuvent guère être accompagnés d'améliorations et suivis de succès qu'autant qu'ils sont dirigés avec méthode, avec énergie, et qu'autant qu'ils ont été précédés par les moyens antiphlogistiques, employés dès le début des affections dont il s'agit. Quand leur première période a été combattue convenablement par les émissions sanguines et la diète, il est rare que ces affections fassent des progrès rapides et qu'on ne parvienne pas à les enrayer tout-à-fait par les stimulants dérivatifs : c'est en portant une puissante dérivation sur la muqueuse digestive par l'émétique en lavage que Vieusseux, Laënnec, Jadelot, Capuron, ont réussi à combattre les premiers symptômes de l'hydrocéphalite et à prévenir un épanchement si souvent mortel. Percival, Bouvier, Formey, Odier, Matthey, ont préconisé le mercure doux à l'intérieur et les vésicatoires à l'extérieur. Nous pensons qu'il faut surtout compter sur les moyens révulsifs externes, parce qu'ils sont sujets à moins d'inconvénients et qu'on peut mieux en graduer, en augmenter ou en diminuer l'action, suivant la gravité du mal, l'âge et la susceptibilité des individus : c'est

ainsi que chez ceux qui sont très irritables et chez les enfants, il ne faut jamais négliger d'associer quelques calmants aux révulsifs externes; il est même très utile de faire camphrer tous les vésicatoires qu'on applique à l'extérieur du corps. On se gardera bien surtout de négliger l'emploi du moyen dont Quin avait déjà retiré de si bons effets pour combattre et prévenir les exacerbations périodiques de l'hydrocéphale, nous voulons parler du quinquina, dont l'administration a obtenu la guérison de l'hydroméningite quotidienne, sous le n° 329. M. Hippolyte Cloquet a obtenu un égal succès chez une petite fille de quatre ans, près de périr d'une hydrocéphalite, quand ce praticien distingué reconnut la périodicité des redoublements, et prescrivit le quinquina en lavement qui sauva la malade.

Quand l'irritation subinflammatoire est fixée sur le foie et les reins, comme dans les cas d'ictère et de diabète périodiques dont nous rapportons des exemples, les stimulants révulsifs à la peau sont encore les moyens les plus efficaces, à cause de la grande sympathie d'action qui lie cette membrane avec les organes dont il s'agit. On sait que l'activité de leurs fonctions est presque toujours inverse l'une de l'autre, qu'elle peut se suppléer réciproquement; on sait que quand la sécrétion des reins, par exemple, est très abondante, l'exhalation cutanée est presque nulle, *et vice versâ;* aussi les diverses stimulations cutanées par les bains chauds, les bains de vapeur, les frictions sèches et humides, l'usage de la flanelle, des brosses, l'application des ventouses, des sinapismes, des vésicatoires, sont-ils les principaux moyens curatifs, joints à un régime convenable, et suivant les cas, diététique, rafraîchissant ou tonique et stimulant; il en est de même relativement aux autres moyens : tantôt les bains, les sangsues et la diète; tantôt des aliments restaurants, du bon vin, puis l'eau de chaux, les préparations ferrugineuses, et surtout le quinquina ou le sulfate de quinine dans l'intervalle des accès ictériques et diabétiques toutes les fois que leur périodicité est bien marquée. Les observations sous les n°s 349 et 361 prouvent l'efficacité de ce dernier moyen.

Dans les subinflammations fébriles et périodiques qui se présentent sous la forme de fièvre muqueuse, cholérique, putride, entéro-mésentérique, sous la forme d'embarras gastrique ou gastro-intestinal, de flux lientérique, diarrhéique, etc., les moyens appliqués à l'extérieur du corps sont également très utiles, à

cause des relations sympathiques très étroites qui existent constamment entre la peau et la muqueuse digestive ; mais ici l'avantage que nous avons de porter les remèdes pour ainsi dire directement sur les parties affectées, a été cause sans doute qu'on leur a opposé des stimulants directs tout-à-fait analogues à ceux qu'on oppose avec succès aux subinflammations cutanées ; or, si l'on n'a point fait ce raisonnement en théorie, faute de connaître l'identité de nature des maladies dont il s'agit, du moins l'expérience a constaté l'efficacité de quelques moyens tentés par l'empirisme, et qui se trouvent agir dans le sens dont nous venons de parler, pour arrêter les irritations sécrétoires ou folliculeuses gastro intestinales. On sait que bon nombre d'embarras gastrique et intestinal guérissent comme par enchantement par des vomitifs et des purgatifs ; on sait que certaines fièvres muqueuses et certaines diarrhées seraient interminables, si on ne les attaquait par des stimulants plus ou moins actifs du système lymphatico-sécrétoire ou exhalant de la muqueuse intestinale. N'est-ce pas dans ce sens qu'on peut envisager l'opération de la nature qui consiste à établir des crises favorables par des diarrhées ? Il arrive souvent dans les épidémies de fièvres rémittentes muqueuses, catarrhales, et même ataxiques, que la crise s'opère par un flux diarrhéique ou dysentérique ; or, ce flux, qu'est-ce, sinon une exhalation très active des vaisseaux blancs, qui, par un rapide dégorgement du système lymphatico-ganglionnaire, termine une irritation subinflammatoire, de la même manière qu'une hémorrhagie amène la solution de l'irritation des capillaires rouges qui constitue la phlegmasie? Aussi les stimulants qui provoquent des évacuations sont-ils en général beaucoup plus sûrs que ceux qui n'en provoquent pas et qu'on a coutume d'employer dans des circonstances analogues, tels que le quinquina, la gomme ammoniaque, le camphre, l'extrait de cachou, etc. Parmi ces derniers moyens, il n'y a guère que le quinquina ou le sulfate de quinine qui soient réellement d'un grand avantage, et encore cet avantage n'est-il bien certain que quand la périodicité des accès ou des redoublements subinflammatoires est bien établie; dans ce dernier cas, l'efficacité de l'écorce du Pérou est incontestable, comme pour toutes les autres affections intermittentes ; mais c'est toujours dans l'intervalle des accès ou pendant la durée de l'intermittence qu'il convient de l'administrer ; quand il y a des symptômes d'irritation gastrique, il est très prudent de ne l'administrer qu'en lavements

comme dans le fait sous le n° 329 ; d'ailleurs, chez les enfants, à qui il est si difficile de faire avaler des amers, c'est toujours le mode d'ingestion le plus convenable ; on peut encore associer le camphre au quinquina, comme dans le cas dont il s'agit. On lui associe avec avantage l'opium chez les personnes très irritables, et surtout quand des coliques plus ou moins fortes semblent indiquer que la tunique musculeuse des gros intestins prend une part plus ou moins active à l'irritation des follicules muqueux, c'est ce que fit avec succès M. Nepple, dans l'observation sous le n° 346. Il y a des praticiens qui ont l'habitude d'associer la rhubarbe au quinquina, particulièrement quand il y a des borborygmes très fréquents ; mais en général il vaut mieux que l'action des évacuans, quand elle est jugée utile, précède celle du quinquina. Toutefois il ne faut pas que cette règle soit poussée trop loin; on sait qu'un grand nombre de praticiens ne sauraient administrer le quinquina sans lui avoir préparé les voies par les évacuants; il y a bien des cas où cette sorte de préparation ne peut être que nuisible, parce que le système sanguin prend une part trop active à la lésion gastro-entérique. C'est presque toujours par l'émétique qu'on débute dans le traitement des fièvres muqueuses, et par l'ipécacuanha dans les cas de diarrhée; il est certain qu'en général les évacuants par le haut et par le bas jouent un grand rôle dans le traitement de toutes les maladies dites muqueuses, lientériques, vermineuses, mésentériques, putrides, diarrhéiques, etc., dans lesquelles on ne peut pas douter de la lésion des follicules du système lymphatico-exhalant de la muqueuse gastro-intestinale. On ne peut alors se rendre compte des bons effets des évacuants que par leur action uniforme sur toute la surface de la muqueuse digestive et par l'égale répartition de l'irritation sécrétoire qu'ils tendent à établir sur une surface très étendue, de telle sorte que les points les plus engorgés et les plus malades se trouvent soulagés par suite de la surexcitation des parties plus ou moins éloignées. L'irritation, ainsi disséminée sur une vaste étendue et réduite à un faible degré, risque beaucoup moins de produire des altérations profondes et durables que quand elle est toute concentrée sur quelques points; ce qui arrive fort souvent quand la subinflammation est livrée à elle-même, parce que les follicules irrités tendent à se grouper, à former des plaques d'abord fongueuses, puis putrilagineuses, et d'où résultent des ulcères dont la guérison se fait long-temps

attendre, alors qu'elle est rendue possible par la vigueur générale et la force de résistance des malades. C'est ainsi qu'on peut expliquer le succès quelquefois très grand des purgatifs dans certains cas de fièvre rémittente muqueuse chez des individus d'une constitution molle et indolente ; mais de tels moyens ne peuvent être dirigés avec avantage que par un tact médical exercé, et par un praticien attentif à en suivre les effets ; car aussitôt que la dureté et la fréquence du pouls, la chaleur de la peau, la sécheresse de la langue, l'agitation nocturne, et un sentiment d'ardeur en urinant, commencent à paraître et indiquent la part d'irritation du système capillaire sanguin, de tels moyens deviennent nuisibles ; ils provoquent bientôt des symptômes adynamiques ou ataxiques, et font passer la fièvre au type continu. Enfin les remèdes dont l'usage est le plus à redouter dans tous les cas, c'est celui des stimulants décorés du nom d'*astringents* ou de *détersifs*, comme les décoctions de cachou, de simarouba, de bistorte, puis l'usage de la térébenthine, de la gomme quino, etc. Nous pensons qu'il est en général prudent de renoncer à tous ces moyens, à l'aide desquels, il est vrai, on supprime très volontiers une blennorrhée, une leucorrhée, mais dont il n'est point assez facile de mesurer l'action sur l'étendue du canal digestif pour qu'on puisse y avoir recours sans danger. On peut établir en principe dans le traitement des subinflammations gastro-intestinales que les seuls stimulants qu'on puisse employer avec succès, ou dans l'espérance de peu nuire dans les cas où leur indication n'est pas bien positive, ce sont ceux qui provoquent des évacuations alvines ; si d'un côté ils affaiblissent les malades, comme tous les moyens qui déterminent l'émission d'une certaine quantité de fluides quelconques, d'un autre côté ils tendent à relever et à équilibrer les fonctions digestives ; ils introduisent dans le système lymphatico-ganglionnaire abdominal une disette de fluides aussi favorable à leur action normale, que celle produite dans le système capillaire rouge par les saignées locales ou par des hémorrhagies. De là sans doute l'usage si fréquent et l'efficacité parfois très remarquable du calomel contre la plupart des affections dont il s'agit. Les médecins anglais et américains ont fréquemment recours à ce médicament dans les fièvres intermittentes muqueuses et diarrhéiques. Cleghorn et Lind donnent alors le calomel à la dose de trois grains toutes les trois heures. Lind ajoute parfois à l'usage du calomel celui

du laudanum pendant la période de chaleur pour produire une abondante diaphorèse. Ces moyens, selon eux, sont très propres à apaiser l'irritabilité de l'estomac, à faire cesser le vomissement, à procurer des selles avantageuses, et à faciliter l'établissement de la moiteur à la peau. Le docteur Kirkland a remarqué avec raison, dit William Wright (1), que quand il survient dans certains cas de fièvres rémittentes et intermittentes des éruptions chaudes, accompagnées du gonflement de la muqueuse qui tapisse la bouche, il se développe ordinairement une affection de même nature sur tout le canal alimentaire, et qu'alors l'emploi du calomel, des doux antimoniaux et des opiates était convenable. Les cas dont les médecins anglais veulent parler correspondent assez bien à la *pyrexie exanthématique* ou à la dothinentérie de M. Bretonneau, dans laquelle, après l'emploi modéré des émissions sanguines locales, on pourrait peut-être recourir avec succès à l'usage du calomel et de quelques stimulants diffusibles. N'était-ce point le cas d'avoir recours à ces derniers moyens dans les observations sous les n°s 347 et 352, au lieu d'administrer le sulfate de quinine à hautes doses? et avant tous ces moyens, l'indication des saignées locales n'était-elle pas urgente pour le n° 352? C'est un reproche, il faut en convenir, qu'on est rarement dans le cas d'adresser à M. Maillot.

Dans les irritations subinflammatoires des membranes séreuses, combien de médecins n'osent point avoir recours convenablement aux évacuations sanguines, parce que le prestige de la faiblesse et de la passivité leur en impose encore, ou parce qu'ils ne se rendent pas compte à eux-mêmes de leur répugnance à cet égard! les uns font endurer la soif à leurs malades dans la crainte d'augmenter l'épanchement par l'introduction de nouveaux liquides dans l'économie; les autres conseillent force diurétiques et apéritifs pour augmenter la sécrétion des urines et de l'exhalation cutanée, tels que l'acétate de potasse, l'acétate d'ammoniaque, la scille, la digitale pourprée, la décoction de racines d'asperges, de pariétaire, le nitrate de potasse, etc. On ne réfléchit point que l'usage de ces remèdes est parfois aussi peu efficace qu'il est dangereux. L'art ne pouvant disposer d'aucun moyen direct pour augmenter l'action des vaisseaux absorbants, et diminuer celle des exhalants qui fournissent la sérosité surabondante et nuisible, nul doute que ce ne soit encore aux stimulants

(1) *Observations pratiques sur le traitement des maladies aiguës*, etc.

diffusibles et révulsifs, portés à la fois sur les membranes cutanée et digestive, qu'on doive bien souvent recourir contre les subinflammations dont il s'agit. En effet, augmenter l'action sécrétoire de ces deux membranes si étendues en surface, et dont le rôle est si actif, si puissant, dans les fonctions générales d'exhalation et d'absorption, n'est-ce pas produire une diversion toujours sensible, et souvent très efficace pour ramener l'équilibre dans les membranes séreuses subenflammées? De là les bains tièdes, les frictions sèches ou humides, rudes ou douces, puis les ventouses, les vésicatoires, les brosses, la flanelle, etc. A l'intérieur, les évacuants, sous forme de pilules, sont ceux dont il est le plus facile de prolonger et de graduer le mode d'action; car il ne faut jamais perdre de vue les indications de ralentir ou activer au besoin l'effet de ces moyens, en un mot, à le régler dans tous les cas d'après les principes de la doctrine physiologique. Nul doute que l'application sage et méthodique de ces principes ne soit un jour aussi avantageuse dans le traitement des subinflammations qu'elle l'est aujourd'hui dans celui des phlegmasies; mais on n'obtiendra un tel résultat que quand on aura bien compris de quelle manière il convient de produire tantôt une déplétion générale, tantôt des dégorgements locaux, parfois une espèce de disette de fluides dans le système lymphatico-absorbant, tout-à-fait semblables à ceux qu'on obtient dans le système sanguin par les émissions sanguines, locales et générales.

D'un autre côté, tous les praticiens savent que les déperditions révulsives, exhalantes et dérivatives, qu'on fait éprouver aux vaisseaux blancs et sécréteurs dans certains cas de phlegmasie, sont très utiles à leur terminaison, et surtout pour prévenir ou enrayer de longues suppurations; pourquoi n'en serait-il pas de même dans le traitement des subinflammations? et peut-on douter que la déplétion du système sanguin, que la diminution de la masse du sang (qui pourvoit à toute espèce de sécrétion et d'exhalation) ne soit très utile à l'amendement ou à la disparition d'un grand nombre d'irritations lymphatico-sécrétoires et exhalantes? Mais, du moment que les évacuations sanguines sont jugées utiles, il faut y avoir recours tout de suite, et commencer par elles le traitement, parce que leur effet rend plus efficace l'emploi des moyens stimulants, révulsifs ou dérivatifs, sur les surfaces cutanée et gastro-intestinale.

Le succès d'un régime diététique, et des applications réitérées de sangsues sur les engorgements glanduleux et squirrheux placés à la surface du corps, nous prouvent assez combien il peut être avantageux de réduire la masse du sang et des humeurs en circulation aux plus petites proportions possibles, parce c'est un moyen certain d'activer l'action des absorbants là où ils ont le plus à puiser; c'est une manière toute naturelle de les forcer en quelque sorte à travailler plus activement pour les besoins de l'économie, en puisant des matériaux de nutrition et de sécrétion spécialement dans les lieux où leur surabondance est nuisible, et tend à rompre de plus en plus l'équilibre des fonctions organiques. Toutefois il ne faut pas oublier qu'une certaine quantité de sang ou de stimulant artériel est absolument nécessaire à l'énergie de ces fonctions et à l'activité des vaisseaux absorbants; aussi est-il très important de ne pas trop affaiblir le système artériel; et dans les cas douteux relatifs aux émissions sanguines, il faut s'abstenir d'y avoir recours, surtout si l'hématose s'opère habituellement avec peu d'activité et d'énergie chez les malades. Dans ces cas, il convient d'insister particulièrement sur les moyens dont l'action est à la fois révulsive et sécrétoire, comme celle des vésicatoires, des frictions irritantes et des purgatifs. Enfin dans les hydropisies viscérales, dont les accès ou les redoublements sont très réguliers et accompagnés de fièvre, comme dans l'exemple observé par Moreau de la Sarthe, et rapporté sous le nº 345, il ne faut pas hésiter d'avoir recours promptement à l'administration du quinquina ou du sulfate de quinine pour prévenir de nouveaux accès. Mais est-il nécessaire dans les cas pareils d'associer le tartre stibié au quinquina (dans la proportion de vingt-quatre grains de tartre stibié sur deux onces de quinquina), comme l'a fait ce praticien? Bien que le succès, dans le cas dont il s'agit, semble confirmer cette méthode, nous n'en concevons pas bien l'utilité, et si l'émétique venait à purger les malades, comme cela aurait lieu indubitablement chez un très grand nombre d'individus, n'en résulterait-il point d'inconvénients pour l'efficacité du quinquina, comme moyen prophylactique ou antipériodique?

OBSERVATIONS QUI PROUVENT L'EXISTENCE DES SUBINFLAMMATIONS INTERMITTENTES INTERNES SOUS FORMES D'HYDROCÉPHALE, D'HYDROMÉNINGITE, SALIVATION ANORMALE, CATARRHE MUQUEUX, CROUP, HYDROTHORAX, ASCITE, ICTÈRE, SUBINFLAMMATION GASTRO-HÉPATIQUE, ENTÉRITE SÉCRÉTOIRE ET FOLLICULEUSE, FLUX DIARRHÉIQUE, DIABÈTE, LEUCORRHÉE, GONORRHÉE, ISCHURIE ET HYDROMÉTRITE PÉRIODIQUES, SOUS TYPES QUOTIDIEN, BIQUOTIDIEN, TRIQUOTIDIEN, TIERCE, DOUBLE TIERCE, QUARTE, QUINTANE, OCTANE, DUODÉCIMANE, QUINDÉCIMANE ET SURTOUT MENSUEL.

Subinflammation hydroméningique rémittente, type bi-quotidien et tri-quotidien.

No 328. Une femme de cinquante-sept ans est saisie par le froid. Une fièvre se déclare, cesse et revient avec des redoublements réguliers matin et soir, à l'exception des cinquième et sixième jours, où il y eut trois paroxysmes avec céphalalgie intense, engourdissement général, respiration stertoreuse, soif vive, langue blanche et sèche. Quelquefois cette malade paraissait être en si bon état, qu'on la croyait guérie, lorsqu'un jour, après son dîner, elle mourut subitement. Le cadavre ayant été ouvert, on vit que les circonvolutions du cerveau et les ventricules étaient pleins d'eau. Les vaisseaux de la pie-mère étaient couverts d'une concrétion gélatineuse, le cerveau ramolli, et le sang de tout le corps très fluide. (Valsalva et Bonet, *Sepulch. anatom.*)

Affection hydroméningique, type quotidien. (Fièvre pernicieuse hydro-céphalique.)

No 329. Un enfant âgé de quatre ans, bien constitué, cheveux blonds, caractère vif et gai, esprit précoce, fut pris presque subitement, le soir (juin 1819), au retour de la promenade, d'un mal de tête avec frisson et envies de vomir. Il fut agité et eut de la fièvre toute la nuit. Ces symptômes cessèrent le matin, puis revinrent le soir; ce qui se répéta pendant quatre jours. Le cinquième au soir, frisson plus fort, grand mal de tête, fièvre, cris violents, agitation convulsive; le matin, assoupissement. Je le vis à dix heures : la face était un peu bouffie, alternativement rouge et pâle. Les paupières, livides, étaient abaissées au-devant du globe de l'œil; les pupilles étaient dilatées, la langue sèche et enduite d'une couche brunâtre à sa base, la peau modérément chaude et moite, le pouls très fréquent, assez fort. La tête et les membres, soulevés, retombaient de leur propre poids. Quatre sangsues aux oreilles, vésicatoire à la nuque, potion gommeuse avec sirop de quinquina éthéré, lavements avec six gros de quinquina. A midi, l'enfant avait recouvré la connaissance et les mouvements; il était sans fièvre, et seulement abattu, inquiet; il criait dès qu'on voulait le toucher. Il ne put garder le lavement. Le soir, l'accès revint avec la même force. Le lendemain, l'assoupissement était continuel, la face décomposée et plombée, les paupières inégalement entr'ouvertes, les conjonctives ternes et sèches, les pupilles dilatées et immobiles, les narines couvertes d'un enduit pulvérulent, les lèvres sèches et rugueuses, les mâchoires fortement serrées. Dans le milieu de la journée,

retour de la connaissance, mais abattement extrême. Deux vésicatoires camphrés aux cuisses, six gros de kina et un gros de camphre pour deux lavements. Il n'y eut la nuit suivante qu'un peu de chaleur et d'agitation. Le matin, sommeil paisible. Les accès de fièvre et d'hydrocéphale furent entièrement supprimés. (Dubreuil, *Dissert. sur l'hydrocéph.*, 1820.)

Le même auteur rapporte encore deux exemples semblables, mais dans lesquels l'intermittence est moins sensible entre les accès hydrocéphaliques.

Affection hydroméningique, type tierce.

No 330. Un petit enfant de trois ans, sujet à des ophthalmies et à des exanthèmes à la face, est attaqué de fièvre tierce avec défaut d'appétit, engourdissement et somnolence. Cependant il paraît si bien se trouver des remèdes qu'on lui prescrit, qu'on le croit guéri, quand il retombe non seulement dans le même état, mais de plus il est affecté d'une paralysie du côté droit du corps. Il reste couché comme insensible. La respiration devient de plus en plus difficile, et le pouls s'éclipse avec la vie. Le crâne étant ouvert, on reconnut que la région antérieure du cerveau était *tuméfiée par de l'eau*, que les ventricules en contenaient beaucoup, et qu'ils laissaient transsuder de la sérosité de ses membranes. Le plexus choroïde avait perdu de son volume, il était blanchâtre et vide de sang. (Bonet, *Sepulchret. anat.*)

Hydrencéphale avec des redoublements fébriles, type double tierce.

No 331. Un fils unique, âgé de dix-sept ans, à la suite d'une suppression purulente de l'oreille droite, fut pris de violents maux de tête, une fièvre ardente, un transport au cerveau, des redoublements de fièvre qui simulèrent une double tierce, à la surprise aussi grande que pénible de son médecin. Il survint, dans le courant du quatrième accès, des symptômes hydrencéphaliques, tels que des attaques de convulsions, de la lenteur dans le pouls, une attaque de convulsion et de paralysie dans le côté gauche, la dilatation des pupilles, un coma profond. Il mourut comme apoplectique dans le courant de l'accès suivant. A l'ouverture du cadavre, on trouva une inflammation considérable et un ramollissement de la partie du cerveau qui répond au rocher ; elle avait pénétré jusque dans les ventricules, qui contenaient un épanchement de sérosité. (Coindet, *Mémoire sur l'hydrencéphale*.)

Affection hydroméningique avec des rémittences très sensibles.

No 332. L'enfant J***, âgé de onze mois, allaité par sa mère, avait eu au cou une tumeur lymphatique qui avait disparu assez brusquement depuis environ deux mois, lorsqu'il fut pris, dans la nuit du 11 mars 1815, d'agitations, de chaleur sèche et brûlante à la peau. Le 12 dans la matinée, il était assoupi ; le visage était rouge, les yeux entr'ouverts et brillants, le pouls fréquent, tendu, les bras agités par de légers soubresauts. Cependant le malade se trouvait assez bien par intervalles pour téter comme à l'ordinaire ; les selles étaient naturelles, ainsi que la respiration. Il n'y avait eu ni vomissement, ni apparence de mal de cœur, néanmoins il existait assez de signes d'excitation du côté du cerveau pour qu'on eût lieu de redouter l'hydroméningite ; en conséquence on prescrivit l'application de sangsues aux tempes, des sinapismes et une solution de tartre stibié. Le soir à huit heures, le pouls est très fréquent. L'enfant a vomi après les premières doses de tartre stibié ; il a eu quelques selles verdâtres ; il n'est point sorti de son assoupissement pendant l'application des sangsues. La mère n'en fit appliquer que deux au lieu de quatre qui avaient été prescrites. On fit appliquer de nouveau quatre sangsues ; on continua la solution stibiée. Dans le cours de la journée

le petit malade a pris le sein avec autant d'appétit que dans l'état de santé; mais la nuit a été très mauvaise: vomissements provoqués par le tartrite d'antimoine; soubresauts, mouvements convulsifs. Le 13, à onze heures du matin, le malade paraît calme; les yeux sont naturels; le pouls à 112, régulier (la veille on avait peine à compter les pulsations), langue nette, humide, ventre souple, respiration gênée seulement par intervalles; matières alvines porracées. (Consultation avec le professeur Odier.) L'amélioration des symptômes était telle qu'on présuma que l'affection cérébrale était dissipée, et que les derniers mouvements convulsifs n'étaient que le résultat de l'irritation sympathique des intestins. On prescrivit en conséquence une mixture antispasmodique, composée de poudre de guttette, de fleurs de zinc, d'yeux d'écrevisse, dans de l'eau de tilleul et de muguet. Un quart d'heure après, les consultants encore présents, on observa que l'enfant soupirait comme un adulte oppressé par quelque sentiment pénible; le pouls était inégal et à 140 pulsations. Après midi, nouvelle attaque de convulsions. Mort à quatre heures.

Ouverture cadavérique.—Entre l'arachnoïde et la pie-mère, épanchement gélatineux tellement considérable, surtout sur l'hémisphère gauche, que l'arachnoïde tombait sur la face en forme de poche, pleine de cette matière gélatineuse; l'arachnoïde était épaisse, opaque; les vaisseaux sanguins de la surface du cerveau pleins de sang. Épanchement gélatineux dans les ventricules latéraux, plus considérable dans le ventricule droit. La surface du cervelet était également recouverte de cette humeur. Les autres cavités ne présentèrent rien de remarquable. (Matthey, *Mémoire sur l'hydrocéphale*, Genève, 1820.)

Hydrocéphale rémittente, type quintane.

No 333. La jeune Petermann, âgée de dix ans, d'une faible constitution, avait eu la coqueluche durant trois mois consécutifs; dès lors elle s'était plainte de la tête; elle était triste, faible, lente dans tous ses mouvements. Dans la première quinzaine du mois d'août 1803, la céphalalgie devint plus intense, la malade fut prise de vomissement spontané. Le 16, symptômes aggravés : assoupissement, pupilles dilatées et contractées par intervalles, cris aigus : *La tête, mon Dieu, la tête !*

Le 20, les pupilles sont dans l'état naturel; la malade voit, elle entend; elle mange avec plaisir. Le 21, mêmes symptômes que le 16 : chaleur brûlante de la peau, pouls fréquent, assoupissement, dilatation et contraction des pupilles, se succédant à de courts intervalles. Jusqu'au 27, point de changement. Le 28, convulsions légères. Morte à dix heures du matin.

Ouverture du cadavre.— Adhérence de la dure-mère au crâne; tissu des hémisphères du cerveau plus consistant qu'à l'ordinaire; une tasse d'eau dans les ventricules; les diverses éminences de la base des ventricules réduites en putrilage; cervelet très mou; eau sanguinolente dans le canal vertébral; rien de remarquable dans la poitrine. La surface du foie couverte de granulations blanchâtres; le parenchyme plein de sang noir. (*Id. ibid.*)

Subinflammation rémittente et intermittente quotidienne et tierce du cerveau et de ses membranes.

No 334. Julie Millet, âgée de deux ans et demi, fut apportée à l'hôpital des Enfants, le 15 janvier 1824, pour y être traitée d'une conjonctivite palpébrale existant depuis un mois environ. Les paupières étaient tuméfiées, rapprochées; de la suppuration suintait entre elles, et avait produit, en coulant sur les joues, de petits boutons rouges, environnés d'un cercle érysipélateux. Il y avait peu de fièvre, la langue était humide et rose, le ventre indolent; les fonctions digestives s'exécutaient bien. Une application de six

sangsues derrière les oreilles, des lotions émollientes et un régime doux diminuèrent beaucoup l'inflammation des conjonctives; les jours suivants on fit frotter la partie postérieure des oreilles avec de la pommade épispastique, et le 28 janvier, les yeux nous parurent assez bien ; toutefois il ne fut point facile de s'en assurer; l'enfant était fort criarde et très impérieuse depuis quelques jours; dans la journée elle parut triste, ne voulut point se lever comme à son ordinaire, et ne prit pas de nourriture. Le 29, abattement, face pâle, nulle trace de suppuration à la partie postérieure des oreilles, aucun écoulement des paupières, un peu de fréquence dans le pouls. Vésicatoire au bras, oxymel, pédiluve, collyre adoucissant, diète Dans l'après midi, je fus appelé auprès d'elle et je la trouvai dans l'état suivant : tête renversée en arrière, mâchoires serrées, membre thoracique droit agité de mouvements convulsifs, brusques, par secousses; insensibilité, perte de connaissance; pouls misérable, grande pâleur. Sinapismes aux jambes A quatre heures, la face était colorée, le pouls plus développé, la peau plus chaude; l'enfant paraissait insensible et le bras droit paralysé; deux sangsues appliquées derrière chaque oreille, des compresses froides placées sur le front, et les sinapismes renouvelés sur les membres inférieurs; le sang coula abondamment, et lorsqu'on voulut l'arrêter, l'enfant cria beaucoup et témoigna une grande sensibilité. La nuit fut tranquille, les convulsions ne reparurent point; il n'y eut pas d'évacuations.

Le 30, les mouvements du bras droit ont reparu ; l'enfant parle et crie lorsqu on la remue; elle se plaint de la tête; le pouls est peu développé (120). Cet état persiste jusqu'au lendemain sans que l'on ait recours à d'autres moyens actifs. A trois heures, nouvelle attaque, mouvements convulsifs dans la mâchoire et le bras droit; trois sangsues appliquées derrière les oreilles, des sinapismes aux pieds et de la glace sur la tête n'empêchent pas cet état de persister pendant douze heures Le 1er février à la visite, tête inclinée à droite; dès qu'on meut l'enfant elle pousse des cris perçants; mâchonnements, agitation continuelle des globes oculaires; pouls misérable, donnant 120 pulsations; vésicatoire à la nuque. Le soir même état, les extrémités inférieures me paraissent tout-à-fait insensibles; je pince la peau sans exciter de plaintes, tandis que le moindre mouvement imprimé au tronc ou à la tête provoque des cris aigus. Cet état persiste la nuit. Le 2, affaiblissement gradué, cornées opaques; mort sans convulsions à minuit, le sixième jour de la maladie.

Examen du cadavre vingt-quatre heures après la mort.—Pas de roideur cadavérique, embonpoint ordinaire, traces de teigne squameuse sur la partie postérieure des téguments du crâne. Arachnoïde humide, tissu sous-arachnoïdien, recouvrant le tiers postérieur de la surface supérieure des hémisphères, infiltré de pus, surtout sur les côtés de la grande scissure. Dans ce point, les membranes cérébrales sont épaissies, adhérentes à la substance corticale; elles forment au fond des anfractuosités des espèces de noyaux très consistants, et ont dans ces points près de deux lignes d'épaisseur; à gauche, la substance grise et la blanche sont réduites en une bouillie rougeâtre; ce ramollissement s'étend jusqu'au corps calleux et à la paroi supérieure du ventricule. Les membranes sont injectées dans tout le reste de leur étendue, mais non infiltrées de pus ; elles paraissent saines vers la base du crâne, où l'on trouve une très petite quantité de sérosité. La voûte à trois piliers, le septum lucidum, les couches optiques et les corps striés sont consistants et injectés ; il n'y a pas d'eau dans les ventricules, le reste est sain. Les poumons hépatisés dans leurs deux tiers inférieurs, laissent échapper par la pression quelques gouttes de mucus purulent. Les autres organes sains. (Senn, *Recherches anatomico-pathologiques sur la méningite*.)

Subinflammation méningo-rachidienne avec des accès ou des exacerbations périodiques.

Nº 335. M. Petit, droguiste, âgé de trente-cinq ans, ancien militaire, d'un tempérament sanguin, maigre mais robuste, sujet à des douleurs rhumatismales, et ayant éprouvé une sciatique quelques années auparavant, fut atteint, dans les premiers jours de juin 1826, d'une odontalgie très intense, qui fut suivie d'un gonflement douloureux de la joue, à la suite duquel un abcès se forma profondément dans la région temporale A cette époque le malade fut tourmenté par une douleur aiguë qui occupait la nuque et la moitié postérieure et supérieure du cou; son intensité était extrême, et avait lieu par exacerbations ou paroxysmes réguliers, qui commençaient à dix heures du soir et cessaient à trois heures du matin. Cette douleur, sourde à son début, devenait brûlante, déchirante, et se répandait ensuite dans la tête et dans tous les membres; elle rendait les mouvements de la tête sur le cou à peu près impossibles.

Le 17, cette douleur n'existait plus dans le cou et l'occiput que quand le malade exécutait quelques mouvements avec la tête; il se levait, se promenait dans sa chambre, appuyé sur le bras d'un aide; mais il commença alors à ressentir dans la région lombaire une gêne pénible, de même qu'en fléchissant le tronc et en se tournant dans son lit; cependant cette sensation incommode devint de plus en plus faible. Au bout de huit jours, sur les trois heures de l'après-midi, la douleur lombaire reparut tout-à coup et assez forte, tandis que celle de l'occiput, de la nuque et du cou diminuait d'intensité, et rendait plus faciles les mouvements de la tête et du cou; les mâchoires pouvaient s'écarter d'un pouce et demi, et jusque là leur écartement avait été à peu près impossible. Dans la soirée, exaspération de la douleur lombaire qui se propage entre les deux épaules où elle est moins vive; nuit agitée. Le calme ne se rétablit qu'à quatre heures du matin. Dans la journée du lendemain, le malade a de la peine à se mouvoir; la région lombaire est toujours douloureuse ainsi que les membres abdominaux, et notamment les jambes, qui sont le siége de douleurs aiguës. Le soir, la douleur des jambes devient brûlante, elle est accompagnée de rigidité dans les muscles de cette région et des membres inférieurs. Les huit jours suivants, mêmes accidents, qui offrent des redoublements et des alternatives régulières de rémission.

Le neuvième jour de juillet, l'intermittence est complète, la douleur lombaire cesse brusquement ne laissant guère que du malaise et de l'engourdissement dans cette région; mais au bout de six heures, elle se réveille avec une intensité nouvelle, s'étend le long du dos et des membres abdominaux, en même temps qu'elle reparaît aussi par élancements rapides comme l'éclair à la nuque et dans la partie postérieure du cou. Ces parties sont prises ensuite d'une roideur tétanique; le cou est un peu renversé en arrière: on remarque avec le redressement du rachis, que les pieds sont entraînés dans la rotation en dedans la pointe en bas. Les membres supérieurs conservent toute la liberté de leurs mouvements. Dans la nuit, le malade est tantôt assoupi, tantôt délirant; la respiration est difficile, le pouls très fréquent et irrégulier, le corps inondé de sueur. Le lendemain matin, dix-huitième jour, les facultés intellectuelles reviennent à leur intégrité première; le malade boit plusieurs fois dans la journée, mais sans déplacer sa tête qui reste fixée sur l'oreiller par la roideur du cou; le toucher seul détermine des douleurs excessives; l'urine n'a pas été rendue depuis la veille; on place une sonde à demeure qui donne lieu à une érection permanente; jusqu'alors ce symptôme n'avait pas existé. Pouls très fréquent, concentré, régulier; sueurs

continuelles. Dans la soirée, retour des mêmes symptômes que la veille : dans son délire, le malade ôta la sonde, et opposa une grande résistance avec ses mains quand M. Champion la replaça. Malgré le délire, le malade annonce par sa vive agitation et ses cris combien on aggrave ses souffrances quand on imprime quelques mouvements au tronc et aux membres inférieurs. Cet état persiste jusqu'à la mort qui eut lieu le vingt-troisième jour.

Autopsie. — Les cavités ventriculaires du cerveau contenaient trois ou quatre onces de sérosité; mais le quatrième en était distendu. Dans les trois premiers, le liquide était clair; dans ce dernier il était légèrement trouble, mêlé de flocons blanchâtres. La membrane qui tapisse les ventricules latéraux et le troisième était intacte: mais celle du quatrième était recouverte, dans trois points particulièrement, par une couche pseudo-membraneuse jaunâtre; l'encéphale était injecté, mais sain. La pie-mère de la base du cerveau était légèrement infiltrée.

En détachant les muscles des gouttières vertébrales, on trouva au milieu de leurs fibres, dans un espace de quatre travers de doigt, vers la partie moyenne de la région dorsale, un épanchement de sang noirâtre qui avait l'aspect d'une ecchymose; dans ce point, le tissu musculaire n'avait pas sensiblement perdu sa consistance normale. Dès qu'on eut incisé les muscles de la région lombaire, il s'écoula subitement plus d'une demi-once d'un pus blanc, crémeux; et une dissection plus attentive fit voir qu'il sortait par une ouverture située dans l'intervalle qui sépare les lames de la troisième et de la quatrième vertèbre lombaire. Après avoir mis tout le canal rachidien à découvert, il fut facile de reconnaître que le liquide purulent provenait de l'intérieur des membranes de la moelle qui en étaient distendues dans leur partie inférieure, et que son foyer se trouvait au-dessous de l'arachnoïde qui recouvre la pie-mère. Dans la portion correspondante aux dernières vertèbres lombaires, le pus était grisâtre et sanieux. Quoiqu'il se fût échappé en dehors du canal rachidien pendant la vie, il ne s'était point épanché entre l'arachnoïde et la dure-mère, ni entre celle-ci et les vertèbres : il s'écoulait immédiatement de son foyer sous-arachnoïdien, à travers l'ouverture intervertébrale dont nous venons de parler, à la faveur d'adhérences accidentelles, qui furent sans doute détruites pendant la section des lames des vertèbres. On retrouvait çà et là dans le tiers supérieur de la moelle et sous l'arachnoïde, quelques plaques isolées, formées par une exsudation membraniforme très mince, semblable à celles qui existaient dans le quatrième ventricule. Le tissu de la moelle n'a pas paru altéré, mais seulement ramolli sans doute par la liqueur peu concentrée dans laquelle la pièce pathologique avait séjourné avant d'être examinée. (Ollivier, *Traité des maladies de la moelle épinière*, t. II.)

Subinflammation et irritation sécrétoire rémittente quotidienne et double-tierce.

N° 336. Le professeur Sébastian a observé des individus chez qui il survenait une surexcitation des glandes salivaires avec augmentation et altération dans la sécrétion de la salive qui est très chaude et plus ou moins âcre : les glandes salivaires sont gonflées; il en est de même des gencives qui saignent facilement; les dents sont comme vacillantes; la langue, le gosier, et tout l'intérieur de la bouche, deviennent le siége d'excoriations, de pustules, parfois d'ulcérations, et toujours de difficultés dans l'action de mâcher, d'avaler, et même de parler. L'affection locale est accompagnée d'une fièvre assez intense, accompagnée par un sentiment de lassitude dans les membres, de céphalalgie, d'agitation, de soif, de sécheresse dans la bouche, et d'anorexie. Plus ou moins long-temps après ces prodromes, il survient un frisson

qui dure quelques heures, lequel est suivi d'une chaleur considérable avec un pouls plein, accéléré. Peau et bouche sèches et brûlantes, soif, désir des boissons acidules. Vers minuit, ou le matin, la chaleur diminue, le pouls se ralentit, la peau devient humide, le sommeil vient, puis la sueur. Cette fièvre, que M. Sébastian appelle fièvre salivaire (*febris salivosa, seu sialagoga*), prend le type quotidien ou double tierce. Pendant les accès, les différentes parties de la bouche et du gosier s'échauffent, se tuméfient, deviennent plus ou moins sensibles et engorgées; une douleur se fait sentir autour des oreilles, sous la langue et le menton; l'haleine devient fétide; et vers le cinquième jour, quelquefois plus tard, il survient un écoulement si abondant de salive, que le malade peut en rendre plusieurs livres dans les vingt-quatre heures. Dès que la salivation est bien établie, la fièvre est jugée, et au bout de sept, de quatorze, et au plus de vingt et un jours, il survient encore une espèce de sueur critique, et les malades se trouvent guéris. (*Heidelberger, Klinische annalen*, vol III, 1829.)

M. Rayer a donné des soins à une dame de vingt-quatre ans, nerveuse, assez bien portante du reste, et qui éprouvait depuis plusieurs années, à des intervalles de quarante à cinquante jours, une attaque de salivation très abondante, laquelle durait pendant trente-six ou quarante-huit heures. La quantité des fluides excrétés était souvent de plusieurs livres en vingt-quatre heures. L'opium et le quinquina n'eurent aucune influence sur ce flux salivaire. L'usage du sous-carbonate de fer administré pendant plusieurs mois parvint à en éloigner les retours sans amener une entière guérison. (*Revue médicale*, t. II, 1823.)

Salivations morbides et périodiques mensuelles.

N 337. Ciliano rapporte qu'il a observé plusieurs jeunes filles chez lesquelles les premières éruptions des règles étaient accompagnées d'une salivation assez considérable, et qui revenait périodiquement comme les écoulements menstruels. Cette sécrétion considérable de salive durait pendant plusieurs jours, cessait spontanément, et revenait de même; elle était plus considérable en été que dans les autres saisons; leur écoulement menstruel n'en était point dérangé, et la santé des malades n'en était point altérée. (*Act. nat. curios.*, vol. X.)

Une femme de la campagne n'avait jamais eu de menstrues, mais tous les mois régulièrement, et presque toujours à l'époque de la nouvelle lune, elle éprouvait de la douleur et de la chaleur à la tête; le lendemain, il s'établissait chez elle un flux très abondant de salive qui se teignait peu à peu en rouge. Cet écoulement durait ensuite quatre ou cinq jours, après lesquels les maux de tête cessaient, et la malade rentrait dans son état de santé habituel. Cette femme a vécu ainsi depuis l'âge de quinze ans, où ces phénomènes ont commencé, jusqu'à quarante-huit où ils ont disparu sans retour. (*Éphém. cur. nat.*, déc. 3.)

Crachement de pus avec le type tierce.

No 338. Hanœus a observé un crachement périodique de pus, qui avait lieu chez une femme âgée de soixante ans. Ce crachement lui était subitement survenu après un point de côté qui n'avait duré que peu de temps. Il récidivait de deux jours l'un, et durait chaque fois vingt quatre heures. Pendant tout ce temps, la malade rendait une quantité considérable de matières puriformes, visqueuses et sanguinolentes dont l'odeur était très fétide; après cette évacuation, elle restait vingt-quatre heures sans éprouver rien de particulier, et dans un état fort tranquille. (*Act. nat. curios.*, an VIII, p. 244.)

Subinflammation de la muqueuse bronchique avec des exacerbations périodiques quotidiennes.

N° 339. Henriette Schur, âgée de douze ans, d'une constitution lymphatique, scrofuleuse dès le bas âge, fut affectée, le 2 mai 1835, d'un catarrhe muqueux et légèrement inflammatoire. Au moyen de huit sangsues et d'une potion nitrée, il céda au point que l'enfant put quitter le lit le quatrième jour. La toux était rare et facile, et rien ne pouvait faire soupçonner les phénomènes rares qui survinrent. Le 7 mai, il se déclara, d'une manière tout-à-fait inattendue, une violente toux avec des accès de suffocation, et la malade rendit un corps polypeux blanc jaunâtre, montrant à l'intérieur quelque ressemblance avec de la graisse coagulée, d'une consistance solide, tenace, difficile à déchirer, et présentant distinctement les ramifications des bronches. Dans les dix jours suivants, nouvelles excrétion et expulsion de masses tout-à-fait semblables à la précédente. Cette expulsion avait lieu régulièrement deux fois par jour, une le matin et l'autre vers minuit, de sorte que la petite malade rendit en tout vingt-deux masses de matière semblable à celle décrite ci-dessus. Chaque expulsion était accompagnée d'une violente toux et d'accidents de suffocation, surtout les cinq premiers jours : pendant les cinq autres suivants, elles furent rejetées très facilement, après que l'enfant eut depuis long-temps quitté le lit, se trouvant sans fièvre, ayant un bon appétit et du sommeil. Il est à remarquer que quelques années avant cette maladie cette enfant offrait une rudesse de la voix qu'elle a conservée depuis lors; mais étant bien portante d'ailleurs, on ne lui a fait subir aucune espèce de traitement médical et particulier. (Casper, *Wissenchaftliche annalen der gesammten heilkunde.*)

Catarrhe muqueux, type quotidien.

N° 340. Mignard, âgé de quarante-cinq ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, sujet pendant l'hiver aux affections catarrhales et pituiteuses, reçut la pluie sur le corps pendant une journée de marche qu'il fit pour regagner son domicile, le 24 octobre 1826. Vers le soir, il éprouva des frissons, des courbatures, un malaise général, anorexie, bouche pâteuse, difficulté de respirer, espèce de resserrement dans la poitrine, nuit agitée, rêvasseries fréquentes. Le lendemain, le malade est bien et ne se plaint que d'un peu de fatigue générale; mais vers le soir, retour de quelques frissonnements, malaise très prononcé, anorexie, respiration très gênée et ronflante, toux par quintes, plutôt grasse que sèche, plusieurs crachats muqueux très abondants; agitation ; rêvasseries durant la nuit. Le 26, à cinq heures du matin, le malade est réveillé en sursaut, tousse, et crache quelques matières muqueuses et filantes ; il se rendort paisiblement et se trouve bien toute la journée. Vers le soir, sentiment d'humidité froide à la plante des pieds, malaise général, céphalalgie, oppression très forte, respiration courte et gênée, toux fréquente, plusieurs crachats épais, muqueux et roux, vomissements de matières semblables et d'une partie de son dîner ; soulagement, sommeil. Le lendemain matin, légère quinte de toux avec expectoration muqueuse assez abondante. Lavements, boissons adoucissantes, looch gommeux pour le soir. Pendant la journée, le malade, sans se plaindre d'aucun malaise particulier, est cependant morose et inquiet ; sa langue est pâteuse, l'appétit nul; la plante des pieds, qui a coutume d'exhaler une transpiration abondante qui tache sa chaussure, est froide et sèche ; la peau rude, écailleuse ; les boissons chaudes et la chaleur du lit n'excitent pas de sueurs ni de moiteur sensible. Même redoublement de toux catarrhale vers le soir, respiration gênée et très ronflante, rêves fréquents et pénibles dans la nuit. Le 28,

émulsion d'amandes douces rendue laxative par huit grains de résine de jalap et autant de calomel délayés dans un jaune d'œuf. Il en résulte plusieurs selles qui soulagent le malade. Cependant il est très accablé vers le soir; redoublement de l'oppression et de la toux comme à l'ordinaire, vésicatoire à chaque bras. Le lendemain matin, après une légère expectoration presque sans toux, le malade se trouve bien et ne se plaint que de l'état pâteux de la bouche; il demande un peu de vin sucré, qu'il trouve mauvais. On change les boissons adoucissantes et gommeuses par la décoction de polygala de Virginie et de lichen d'Islande. Les vésicatoires ont bien pris et fournissent beaucoup de sérosité jaunâtre. Le soir aux mêmes heures, nouveau redoublement de malaise, de difficulté de respirer et de toux; le pouls, d'une force médiocre, est plutôt lent que fréquent, plutôt mou que dur. La nuit est assez bonne. Le 30, sulfate de quinine en pilules, deux grains de trois heures en trois heures; même boisson. Le malade en avait pris dix grains quand le redoublement du soir se fit sentir; il fut moins long qu'à l'ordinaire; toux, expectorations moins fatigantes, lavement relâchant; nuit très calme. Le jour suivant, les vésicatoires sont en pleine suppuration, l'appétit commence à se faire sentir. Même dose de sulfate de quinine; constipation et lavements. Exacerbation du soir à peine sensible; elle ne fut marquée que par un peu de toux; sommeil de longue durée et sans interruption. Toutes les fonctions reprennent leur cours régulier, et le malade ne tarde pas à être complétement rétabli. (Delatour.)

Croup rémittent quotidien.

No 341. Une fille, âgée de quatre ans, qui était enrhumée depuis huit jours, éprouva, le 24 octobre 1772, vers midi, un mouvement fébrile avec enrouement; pendant la nuit, toux assez marquée. Le deuxième jour, elle se trouva bien, et ne se plaignit que de lassitude et de faiblesse. Le soir, retour de la fièvre avec la toux, qui est accompagnée d'un bruit non ordinaire. Le troisième jour, même exacerbation le soir; toux convulsive et éjection d'un mucus visqueux, blanc, presque transparent. Le quatrième jour, la petite malade prit le matin de la manne; elle se trouva si bien, qu'elle se leva, quoiqu'un peu faible, et joua avec les autres enfants; le soir, exacerbation avec respiration stertoreuse, toux et expectoration. Le cinquième jour, un émétique fit rendre abondamment des mucosités blanches et très visqueuses; le soir, exacerbation et respiration stertoreuse. Chaque paroxysme devançait le précédent d'une heure. Le sixième jour, paroxysme plus intense que les autres jours. Le septième jour, état si exaspéré, qu'il ne paraissait plus y avoir d'espoir de sauver la malade; respiration stertoreuse et extrêmement difficile, qui se calmait par la position horizontale; pouls petit, mou, très fréquent; chaleur de la face; inquiétude morale très grande; le pouls devint de plus en plus faible, bientôt intermittent, et l'enfant mourut à six heures du soir. A l'autopsie, on trouva une couche membraniforme, tubuleuse, et nullement adhérente, qui commençait au-dessous des cartilages du larynx, et se continuait le long de la trachée et des ramifications bronchiques. Elle augmentait d'épaisseur à mesure qu'elle approchait du larynx, dont elle obstruait presque entièrement l'ouverture. (Schwilgué, *Mémoire sur le croup*.)

Croup intermittent quotidien.

No 342. Le fils de M. C***, âgé de quatre ans, d'une bonne constitution, quoique sujet aux catarrhes, fut réveillé brusquement au milieu de la nuit du 23 octobre 1808 par un violent accès de toux et de suffocation croupales. Pendant cet accès, qui ne dura qu'une demi-heure, l'inspiration fut sonore,

et l'enfant se plaignit d'un serrement au cou qui semblait l'étouffer. L'application de quelques sangsues diminua beaucoup l'étranglement et la sensation douloureuse que le petit malade ressentait dans le larynx et la trachée. Lorsque le sang eut cessé de couler, il s'endormit jusqu'à huit heures, et fut réveillé par un autre accès non moins fort que le précédent, et plus long. Nous ordonnâmes alors la solution de tartrite de potasse antimonié, qui fit vomir des glaires et de la bile. On continua cette solution en dose plus faible; on prescrivit pour boisson ordinaire de l'eau de gomme arabique aromatisée avec celle de fleur d'oranger, et on fit donner des lavements avec une cuillerée de miel et autant de vinaigre, qui produisirent deux fortes selles. La nuit du 24 fut excellente; mais à sept heures du matin, il survint un accès dans lequel l'oppression fut plus marquée que dans celui de la veille, mais la toux ne fut que faiblement croupale, l'inspiration fut peu sonore, et le serrement du cou se fit à peine sentir. Après cette attaque, qui se prolongea pendant deux heures, l'enfant fut bien, et ne toussa que rarement dans la journée; le pouls, qui avait été à cent quarante pulsations pendant l'accès, n'était plus qu'à cent, et la langue, un peu rouge sur les bords, était un peu chargée au milieu. Les urines furent abondantes et limpides. La nuit du 24 au 25 fut aussi bonne que la précédente; mais à sept heures du matin, on vit reparaître un autre accès semblable à celui de la veille, et qui dura moins long-temps. La journée fut calme; cependant, prévoyant un paroxysme pour la nuit suivante, nous prescrivîmes des lavements d'assa-fœtida, de forts sinapismes aux jambes, et un julep éthéré et succiné, où entrait la confection d'hyacinthe. Malgré ces moyens, on vit à minuit le visage du malade se colorer fortement; le pouls s'accéléra, la respiration devint laborieuse, et la toux se réveilla. A une heure, l'accès continuant avec plus de force, la toux devenant rauque et suffocante, la dyspnée alarmante, et l'inspiration stertoreuse plutôt que sifflante, on fit mettre deux sangsues à l'anus, qui saignèrent abondamment; on continua les lavements et la potion. Sur le matin, le paroxysme diminua, la respiration fut plus libre, et la toux reprit son son ordinaire; néanmoins le pouls était encore à cent trente-six, mais faible et cédant aisément sous le doigt; nous ajoutâmes à nos remèdes la potion de Millar, et nous fîmes remettre des vésicatoires aux jambes. A la fin de l'accès, les urines furent pendant quelque temps jumenteuses, puis redevinrent abondantes et limpides. Le 26, la nuit fut bonne, à quelques rêveries près, jusqu'à cinq heures du matin que la fièvre se ralluma; la toux rauque, de même que la dyspnée, reparurent. Ce paroxysme, qui ne dura qu'une heure et demie, fut précédé par un froid général moindre que dans une fièvre d'accès, mais néanmoins bien sensible. Dans la journée, l'enfant fut bien, le pouls réduit à cent dix, la respiration plus libre et la toux moins sèche. Il y eut deux selles en dévoiement, et les urines furent rares; dès ce moment, elles commencèrent à déposer un sédiment abondant. On continua la potion et les lavements d'assa-fœtida. Le 27, la nuit fut excellente jusqu'au matin; l'enfant passa alors subitement d'un sommeil doux et tranquille à un accès de toux grasse et humide qui dura plus d'une heure, et après lequel il se rendormit; dans la journée, les urines continuèrent à déposer, et le pouls baissa à cent pulsations. Le 28, l'enfant dormit paisiblement; à deux heures du matin, il survint un frisson, de l'angoisse et des rêveries; vers les quatre heures, il se rendormit, et il s'établit une abondante transpiration; à sept heures, il fut de nouveau réveillé par des inquiétudes; l'accès de toux se manifesta avec le retour de la fièvre, mais il ne dura que deux heures; après le paroxysme, les urines déposèrent d'une manière étonnante. Comme la poitrine n'était pas libre, et que l'engorgement des canaux aériens pouvait être supposé par la respiration stertoreuse durant l'accès, nous ordonnâmes dans la matinée le tartrite de

potasse antimonié, d'autant mieux que la langue était alors assez chargée. Ce remède fit rejeter beaucoup de bile et de glaires épaisses, qui entraînèrent avec elles plusieurs fragments de pellicules noirâtres de l'épaisseur d'une feuille de papier, et dont le plus grand lambeau offrait le diamètre d'une pièce de vingt sous. On fit continuer la potion. Le 29, l'enfant dormit d'un trait jusqu'à six heures du matin que la toux se fit entendre avec un son plus rauque que les jours précédents; cependant l'accès, qui ne dura qu'une heure et demie, donna encore lieu à des urines limpides, qui recommencèrent à déposer dès qu'il eut cessé. Dans la journée, le pouls descendit à quatre-vingt-seize, la langue commença à se nettoyer, l'appétit se fit apercevoir, et les accidents ne reparurent plus.

« Dans cette maladie, l'irritation croupale du larynx et de la trachée, dit Jurine, a été bien caractérisée dans le début, et ses effets ont été rendus sensibles par la déjection de pellicules noirâtres. » (Jurine, *Mémoire inédit sur le croup* (1).)

Autre subinflammation laryngo-trachéale avec le type tierce.

No 343. La fille de M***, âgée de vingt-huit mois, très vive et d'une forte constitution, fut réveillée, dans la nuit du 4 décembre 1799, par un accès de toux rauque et de suffocation croupale bien caractérisée. Comme elle demeurait hors de la ville (Genève), on ne put avoir des secours que le matin, et pendant ce laps de temps il y eut d'autres accès semblables qui ne laissèrent aucun doute sur la nature de la maladie. Dès que notre confrère eut vu la malade, il fit appliquer six sangsues au cou, et ordonna un looch aiguisé par l'oxide d'antimoine hydrosulfuré, qui provoqua de légers vomissements. Le 5, la nuit fut bonne, et pendant la journée on permit à l'enfant de se promener hors de la maison, ce qui augmenta sans doute le mal, à cause de la fraîcheur de l'air. Le 6, il survint dans la nuit une seconde attaque semblable à la précédente, contre laquelle les parents négligèrent d'opposer les sangsues, ce que le médecin avait expressément recommandé. Le 7, seconde intermittence, l'enfant fut bien et presque sans fièvre. Le 8, pendant la nuit, les accidents se renouvelèrent. On se décida alors à transporter l'enfant à la ville pour faire une consultation, dans laquelle on convint d'appliquer les sangsues au cou, de mettre un vésicatoire à la nuque, et de donner le tartrite antimonié de potasse; la journée se passa tranquillement. Le 9, après une bonne nuit, on administra dès le matin le quinquina à grande dose, soit en poudre, soit en extrait dans une potion antispasmodique, espérant s'opposer au retour périodique de l'accès, mais ce fut sans aucun succès. Le paroxysme reparut le 10 avec plus de violence que les précédents. On en combattit les accidents par des sangsues mises à l'anus, par un autre vésicatoire, par l'assa-fœtida, et par une potion où entrait l'esprit volatil fétide. Tout fut inutile, et la malade expira, après avoir éprouvé, pendant trente-six heures, les angoisses inexprimables d'une suffocation mortelle.

A l'ouverture du cadavre, on trouva le larynx, la trachée et les bronches tapissés d'un mucus épais, blanc jaunâtre, mais qui n'avait pas encore acquis la consistance de la concrétion membraniforme. (La veille de sa mort, cette enfant était dans un état si naturel, l'intermittence était si complète, qu'on n'eût pas pu soupçonner un tel accident pour le lendemain.) (*Id., ibid.*)

(1) Ce Mémoire est celui qui a remporté le prix de 12,000 fr. dans le concours sur le croup ouvert de 1807 à 1809 par ordre de Napoléon. Il n'a jamais été imprimé, et c'est à l'obligeance de notre professeur M. Royer-Collard, que nous avons dû la communication du manuscrit où sont contenues les trois observations de croups rémittents et intermittents que nous publions.

Autre croup avec le type quarte.

N° 344. La fille de M. P***, âgée de treize mois, et bien portante, fut subitement réveillée, dans la nuit du 24 mai 1803, par une attaque de suffocation qui dura environ une demi-heure, et qui fut remarquable en ce qu'elle n'avait été précédée d'aucun malaise, en ce qu'elle fut absolument sans toux, et que, pendant sa durée, l'enfant avait une propension irrésistible au sommeil. De l'eau sucrée avec de l'eau de fleurs d'oranger parut soulager la malade, et elle s'endormit profondément dès que l'accès fut terminé. Dans la journée l'enfant fut bien; mais à cinq heures du soir, il survint un nouvel accès qui dura quatre heures. Dans cet accès, le visage était pâle, le cou et les veines jugulaires gonflés; il y avait un assoupissement continuel, mais point de toux. Un sommeil tranquille succéda à cet accès. On appliqua des sangsues au cou et des sinapismes aux jambes; il y eut une rémission parfaite de deux jours, ce qui fit croire à la guérison de l'enfant; mais le 27, à deux heures, il se manifesta un nouvel accès aussi fort que le précédent; on le combattit par les mêmes moyens et un vésicatoire à la nuque. L'enfant fut bien jusqu'au 30. Ce même jour, à sept heures du soir, nouvel accès qui dura cinq heures et causa les plus grandes alarmes. Cet accès débuta, comme le précédent, par l'assoupissement et la pâleur; le cou se gonfla; le pouls était petit, serré, très fréquent; l'inspiration, stertoreuse et profonde, se faisait entendre à une grande distance; la dyspnée était effrayante, et la respiration ne s'opérait plus que par l'action convulsive des muscles abdominaux. Point de toux. On opposa à ce nouvel accès des sangsues, un nouveau vésicatoire, le tartrite de potasse antimonié, les lavements d'assa-fœtida de deux heures en deux heures. Le vomitif produisit l'évacuation d'une prodigieuse quantité de matières, que la mère comparaît à la pellicule épaisse qui se forme par le refroidissement sur les soupes farineuses. Cette évacuation produisit un soulagement extraordinaire, l'assoupissement se dissipa, le pouls se développa; la sueur froide, dont le corps était couvert, fit place à une chaleur naturelle. Un sommeil paisible succéda à ce dernier accès. Dès ce moment les accidents disparurent, excepté la fréquence du pouls; il se manifesta une toux grasse, etc. On donna de nouveau la solution émétisée, qui excita un vomissement abondant des mêmes matières que celles qui avaient été rejetées la première fois, mais plus compactes et divisées par fragments, qu'on aurait pris facilement pour ceux d'une concrétion membraniforme. Le rétablissement fut bientôt complet. (*Id., ibid.*)

« La marche rémittente de cette maladie, dit M. Royer-Collard, jointe aux autres symptômes, et surtout aux pellicules membraneuses rendues par le vomissement, dénotent que cette affection n'était autre chose qu'un croup appelé par quelques auteurs intermittent. »

Hydrothorax et ascite rémittente quarte.

N° 345. Charles ***, cocher, âgé de trente-six ans, avait eu dans l'été de 1822 plusieurs accès de fièvre tierce. L'administration mal dirigée du sulfate de quinine suspendit les accès, mais d'une manière incomplète, et Charles, qui fut alors négligé à la campagne, devint beaucoup plus malade. Ses forces, son appétit se perdirent, ses jambes enflèrent le soir, et d'après son récit, il fut rarement sans fièvre pendant plus de quinze jours. Une circonstance heureuse pour lui ayant amené à Paris les maîtres qu'il servait, à la fin de l'automne, je l'observai avec soin. A cette époque une fièvre quarte avait succédé à une fièvre continue rémittente. Chaque accès durait près de dix heures; il commençait par un frisson plus long que fort, suivi d'une chaleur humide, à laquelle succédaient des sueurs abondantes qui terminent la fièvre, et qui

étaient accompagnées d'urines sédimenteuses dans chacun de ces accès. Au commencement de ces accès, qui n'étaient pas très pénibles, le malade éprouvait une oppression qui augmentait progressivement jusqu'au moment des sueurs. Il se manifestait en même temps un engorgement séreux, caractérisé par l'œdématie des extrémités, la tuméfaction de l'abdomen qui rendait toute recherche de ce côté presque impossible, et par un épanchement séreux de la poitrine dont je m'assurai par l'auscultation médicale.

Pendant l'apyrexie, la respiration devenait facile, et l'engorgement séreux, qui semblait être le phénomène dominant et principal de chaque accès, diminuait assez pour supposer qu'il aurait disparu entièrement, si un nouvel accès n'était pas survenu. Cette circonstance me dirigea dans le traitement, et loin de regarder l'état local comme une maladie essentielle, et la fièvre comme conséquence de cet état et comme une affection consécutive, je rapportai tout à cette fièvre, et je me proposai d'en prévenir le retour, bien persuadé que tous les symptômes morbides céderaient avec elle D'après cette opinion je fis prendre à la fin de chaque accès, et en huit doses, un mélange composé de deux onces de quinquina jaune en poudre et vingt-quatre grains de tartre stibié, divisés par bols, avec quantité suffisante de sirop diacode. L'accès qui devait arriver fut entièrement arrêté par ce médicament, qui ne produisit aucun autre effet sensible au malade, et dans moins de huit à dix jours l'engorgement séreux disparut, au point de rendre l'exploration des viscères du bas-ventre très facile, et de permettre de reconnaître qu'il n'existait aucun engorgement. La moitié de la dose du fébrifuge fut continuée pendant huit jours, puis pendant environ un mois; ce qui faisait pour le soir et le matin de chaque jour un gros de kina et un grain et demi de tartre antimonié de potasse. (Moreau de la Sarthe, art. PÉRIODIQUE de l'*Encyclopédie méthodique.*)

Subinflammation gastro-entérique, type tierce et quotidien. (Fièvre pernicieuse cholérique.)

No. 346. La femme Girard, âgée de cinquante-quatre ans, maigre, habituellement tourmentée par des maux d'estomac et des indigestions, résidant près du marais de Sainte-Croix, éprouve, dans le mois de septembre 1822, un léger frisson avec diarrhée abondante, aqueuse et sans colique, mais accompagnée de cardialgie, de nausées, de vomissement de toute boisson, et même de contractions violentes de l'estomac, sans expulsion d'aucune matière; la langue est blanche, la soif nulle; le pouls petit, concentré, très accéléré, et les défaillances fréquentes. Ces symptômes reviennent d'abord avec le type tierce, puis quotidien.

Sixième jour, tisane gommée, diète absolue, potion avec quinze gouttes de laudanum. Les accès, qui débutaient dans la nuit, se montrent à midi avec frisson modéré, suivi d'une chaleur douce, mais sans moiteur; le ventre est souple, sans douleur; les symptômes précédents ont disparu; la nuit est bonne.

Septième jour. Accès dans la soirée, avec les phénomènes indiqués plus haut, mais qui sévissent d'une manière effrayante. Le froid est glacial pendant plusieurs heures, les syncopes sont prolongées et interrompues seulement par de violents efforts de vomissement, et des déjections séreuses très débilitantes par leur fréquence et leur abondance; la soif est très vive. Cet état se calme dans la matinée, sans moiteur; la chaleur n'a point dépassé son degré ordinaire; elle est même restée au-dessous tant que les déjections se sont soutenues.

Huitième jour. Apyrexie complète, faiblesse extrême: huit grains de sulfate de quinine et vingt gouttes de laudanum dans deux onces d'eau gom-

mée, à prendre en quatre fois dans l'espace de huit heures. Les accidents ne reparaissent pas. On continue pendant cinq jours l'usage du même médicament à doses décroissantes. Guérison complète. (Nepple, *ouvrage cité.*)

Ictère ou subinflammation rémittente quotidienne du foie et du canal digestif. (Fièvre pernicieuse ictérique, algide, pseudo-continue.)

N° 347. Dolmasch, sergent à la légion étrangère, âgé de vingt-six ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, entra à l'hôpital de Bone, le 20 août 1834, le quatrième jour d'une duodénite aiguë avec ictère. La veille encore, quoique déjà malade et ayant une fièvre assez forte, il était de service à l'hôpital même; il avait eu, quelque temps auparavant, une fièvre intermittente peu grave. A son arrivée, les symptômes inflammatoires étaient très modérés; fièvre peu forte, langue rouge au pourtour et à la pointe, couverte, au centre, de mucosités jaunâtres, comme dans la fièvre bilieuse; soif assez vive, point d'envies de vomir, peau chaude, sèche, fortement colorée en jaune. Diète, limonade, potion gommée, vingt sangsues à l'épigastre. — 21 matin, fièvre intense, céphalalgie violente, ictère bien plus foncé encore que la veille. Diète, limonade, saignée du bras de douze onces, vingt-quatre grains de sulfate de quinine en potion. Rien à noter dans la journée. — 22 matin, amélioration sensible; fièvre beaucoup moins forte, plus de céphalalgie, aspect de la langue toujours le même. Diète, limonade, vingt-quatre grains de sulfate de quinine. A la visite du soir, retour de la céphalalgie, fièvre plus grande que le matin. Trente sangsues au front. — 23 matin, beaucoup de mieux, rémission aussi tranchée que la veille, à la même heure. Diète, limonade, vingt-quatre grains de sulfate de quinine. Vers trois heures après midi je trouvai ce malade dans un état algide caractérisé par un froid général non perçu, par la pâleur de la langue et des lèvres, par la petitesse du pouls, par la rareté des pulsations. Je causai avec lui pendant plusieurs minutes; l'intelligence me parut entièrement conservée; une demi-heure après il était mort. On n'avait pas même eu le temps d'exécuter les prescriptions que j'avais faites.

Ouverture du cadavre, vingt-trois heures après la mort. — Les vaisseaux qui rampent à la surface des circonvolutions cérébrales ne sont pas injectés, comme dans la plupart des autres cas; l'arachnoïde, légèrement jaunâtre, est cependant encore transparente. La substance du cerveau, très faiblement injectée, et d'une teinte jaunâtre, a la consistance ordinaire. Les enveloppes de la moelle épinière sont aussi d'une teinte jaune; la pie-mère est injectée, la substance médullaire offre la même coloration que les membranes; du reste elle ne paraît pas altérée. Poumons sains. Cœur flasque, présentant la même altération de couleur que tous les autres organes. La membrane muqueuse de l'estomac est épaissie, noirâtre, ramollie, boursouflée dans toute son étendue. Ces altérations existent dans le duodénum, mais elles y sont moins prononcées. Dans le reste de l'intestin grêle qui est ramolli, il n'y a d'autre altération de couleur qu'une teinte jaunâtre; nulle part de plaques gaufrées, soit anciennes, soit récentes; au voisinage de la valvule iléo-cœcale, développement anormal d'un grand nombre de follicules isolés. Dans le gros intestin, ramollissement général de la muqueuse avec teinte jaune; une large plaque noirâtre dans le colon transverse. Foie volumineux d'une teinte jaune verdâtre à l'intérieur. Rate tuméfiée, en bouillie, d'une couleur de chocolat à l'eau. (Maillot, *ouvrage cité.*)

Subinflammation gastro-hépatique tierce.

N° 348. Le sieur D***, âgé de trente-cinq ans, d'un tempérament bilioso-nerveux, et assez bien constitué du reste, était atteint depuis quelque temps

d'une fièvre intermittente tierce très bénigne, lorsque, le 3 mai 1834, sans cause connue et par le fait seul de la répétition des accès, la langue devint jaune, ainsi que le pourtour des lèvres et des ailes du nez. Les phénomènes fébriles n'étaient pas plus prononcés qu'auparavant, mais il y avait de plus un sentiment de pesanteur à l'épigastre, de légères nausées, un goût de bile, l'hypocondre droit un peu tendu et rénitent. Cet état me parut dépendre plutôt d une supersécrétion biliaire, occasionnée par l'accumulation du sang dans le foie pendant les accès, que d'une gastro-entérite, aussi ne balançai-je pas à donner à l'époque de l'apyrexie deux grains d'émétique, qui déterminèrent des évacuations par haut et par bas. Le malade se trouva très soulagé et la fièvre perdit beaucoup de son intensité. Cependant comme elle persistait, et qu'il était fort douteux qu'un second vomitif la fît disparaître, j'eus recours au sulfate de quinine, qui me réussit complétement. (Bonnet, *Traité des fièvres intermittentes.*)

Ictères périodiques avec types tierce, quintane et mensuel.

No 349. Un homme âgé de soixante ans, très sanguin, grand buveur, avait un ictère et une fièvre qui s'étaient développés en même temps le 26 décembre 1748, et qui présentaient le type tierce. Cet homme s'étant confié à mes soins, je le purgeai, et ensuite je lui administrai le quinquina à la dose d'un scrupule toutes les heures; à l'aide de ce médicament, le malade fut bientôt délivré, et de la fièvre et de l'ictère. (Strack, *Observ. de febr. interm.*, obs. 70.)

Le même auteur rapporte encore d'autres exemples semblables.

Mittlhauser a observé une jaunisse périodique chez un homme qui y était sujet tous les quatre jours régulièrement. Il paraissait alors de couleur de safran, et demeurait dans cet état jusqu'au soir, ensuite sa couleur naturelle revenait et se maintenait telle pendant les intervalles d'un accès à l'autre. (*Collect. de Breslan,* 1730, p. 840.)

Schuster parle d'une jaunisse périodique qui revenait tous les mois chez une femme grosse. Elle éprouvait d'abord des spasmes à l'estomac; le jour suivant, elle était prise d'une jaunisse qui disparaissait moyennant un *cours de ventre;* les symptômes de spasmes et d'ictère revinrent à des époques plus rapprochées après le demi-terme de la grossesse; mais ils disparurent après l'accouchement. (*Act. natur curios*, v. VII, obs 50.)

Bianchi vit aussi une jaunisse périodique récidiver tous les mois chez une comtesse. Cet ictère persévérait ensuite pendant quatorze jours. (*Recueil périodique*, t. v.)

Irritation sécrétoire avec vomissements; type hebdomadaire et annuel.

No 350. Pierre Vidau, âgé de treize ans, d'une bonne constitution, habitant du port de la Monnaie à Bordeaux, et appartenant à des artisans fort aisés, fut pris, dans le mois de mai 1833, inopinément de vomissements qui durèrent vingt-huit à trente heures, en se répétant toutes les trois ou quatre, surtout dans le jour. Le jeune malade n'éprouvant qu'un peu de fatigue, occasionnée par les efforts des vomissements dont la matière était abondante et de couleur verte tranchée, ses parents lui donnèrent du thé léger, le tinrent à la diète, et lui firent garder le repos. Ces précautions suffirent pour ramener l'état de santé habituel, et personne ne pensait plus à ce dérangement passager, lorsqu'il se reproduisit absolument de la même manière, le septième jour suivant (un jeudi), dura le même espace de temps, et n'altéra pas davantage la santé de Vidau dont les parents

furent encore sans inquiétude cette seconde fois. Néanmoins, les mêmes phénomènes reparurent presque à heure fixe le jeudi suivant, et parcoururent leurs phases ordinaires. Je fus appelé : l'enfant, que je vis vomir, opérait cet acte avec peu d'efforts, ne souffrait pas du tout ensuite, et n'éprouvait aucune douleur à l'épigastre, même au toucher; il n'avait pas de fièvre; il conservait son appétit, sa turbulence et toutes ses habitudes dans l'intervalle des vomissements, qui étaient moins fatigants et plus rares que pendant les deux premiers accès.

Ce vomissement me parut être périodique hebdomadaire, sans fièvre, sans inflammation, du moins appréciables, et je ne vis rien qui pût contre-indiquer l'administration du quinquina ou de ses préparations. Comme Vidau était très difficile, et qu'il n'aurait jamais voulu prendre ces remèdes en potion, je prescrivis pour le mardi et le mercredi, le vendredi et le samedi suivants, c'est-à-dire pour deux jours avant l'accès, et pour deux jours après, six grains de sulfate de quinine en pilules à prendre en deux doses chacun de ces jours, l'une à huit heures, et l'autre à onze heures du matin. Les vomissements commençaient toujours entre trois et cinq heures de l'après-midi. Cette médication ne réussit qu'en partie, car les vomissements reparurent le jeudi, mais moins fréquents, moins copieux, et ne durèrent que huit ou neuf heures. Le jeudi ensuite, l'enfant n'éprouva aucun dérangement et pas la moindre envie de vomir. Pour éviter une rechute, je conseillai le séjour à la campagne pendant un mois, et la continuation du sulfate de quinine, mais à des doses graduellement et décroissantes. Ces vomissements hebdomadaires reparurent en avril 1834 (un an après), furent combattus de la même manière, avec le même succès que la première année, et dès lors ils n'ont pas reparu. (Cazenave, *Gazette médicale de Paris*, 1837.)

Flux diarrhéique intermittent sous type tierce.

N° 351. Mademoiselle D***, âgée de soixante-dix-neuf ans, d'une haute stature, d'une constitution robuste, menant une vie austère, affectée depuis neuf ans de carie de quelques phalanges et os métacarpiens de la main gauche, etc., était en convalescence d'une affection cutanée de la face, quand elle éprouva le 21 mai un peu d'irritation gastro-intestinale, avec flux diarréique modéré pendant la nuit. Deux jours se passent dans cet état; des lavements émollients, une décoction d'orge gommée, des potages féculents, peu copieux, sont prescrits. Le 24, dans la nuit, douleur assez vive dans l'hypocondre droit; refroidissement des extrémités, pâleur générale, tremblement spasmodique des mâchoires et des membres; douleurs contusives dans les muscles des mollets; coliques, borborygmes, déjections alvines abondantes, muqueuses et biliaires; grand affaiblissement de la malade. Dans la matinée, mieux sensible. On ne me parle de l'accident de la nuit que d'une manière fort vague, et sans y attacher d'importance; on me dit seulement que mademoiselle D*** a eu quelques coliques et un peu de dévoiement. Lavement mucilagineux, décoction d'orge gommée.

Le 25, état satisfaisant; point de selles diarrhéiques, absence de coliques. Dans la nuit du 25 au 26, vers trois heures, retour des accidents de l'avant-veille. Je ne suis point appelé. Dans le jour, je trouve la malade plus affaiblie que je l'avais laissée la veille; le ventre endolori; ayant de la courbature vague dans les membres; on me laisse ignorer ce qui s'est passé: j'apprends seulement qu'il y a eu encore hier soir, dit-on, du dévoiement à la suite d'un lavement.

Le 27, état satisfaisant; et comme rien n'est dit en réponse à mes questions, qui puisse me donner la moindre inquiétude sur l'avenir de la malade,

je permets un peu d'aliments légers, comme potage, lait de poule. Dans la nuit du 27 au 28, à deux heures du matin, douleurs abdominales, coliques, refroidissement des extrémités, tremblement général, crampes dans les mollets, contraction spasmodique des parois de l'abdomen, vomituritions, nausées fréquentes; déjections alvines abondantes et nombreuses. Appelé à cinq heures du matin, je trouve mademoiselle D*** avec un pouls petit, faible, facilement dépressible, les extrémités glacées, l'œil éteint, le teint pâle, les membranes muqueuses, oculaire, nasale, buccale, décolorées, l'abdomen rétracté, la région hypocondriaque droite sensible à la pression; il y a encore des efforts pénibles de vomituritions, mais le flux diarrhéique est arrêté. C'est alors que multipliant les questions sur les causes probables du dévoiement, qu'on ne peut chercher dans le régime alimentaire, la malade n'ayant presque rien pris la veille en fait d'aliments, ni éprouvé d'affection morale qui ait pu troubler le travail des organes digestifs, j'apprends que c'est la troisième fois qu'un semblable état se reproduit en type tierce, que c'est là ce dévoiement de la nuit dont on m'a parlé les jours précédents avec si peu de précision; que, depuis le premier accès de cette affection évidemment périodique, la manifestation des accidents du flux diarrhéique a eu lieu chaque fois une heure plus tôt que la fois précédente; et qu'enfin ce troisième accès, sauf l'intensité plus grande qu'il présente, ne diffère pas des deux précédents; qu'il y a toujours eu frisson général, refroidissement des extrémités, pâleur de la face, douleurs abdominales, coliques, flux diarrhéique abondant, et qu'il s'en est toujours suivi une grande prostration de forces, du brisement dans les membres, sans que ces derniers symptômes aient présenté autant d'intensité que dans l'accès actuel.

Convaincu alors de la nature et du type intermittent de cette affection, après les moyens convenables pour calmer les accidents actuels, je me hâtai d'administrer le sulfate de quinine, de manière à en faire prendre un scrupule dans les vingt-quatre heures de la journée même du 28, et une douzaine de grains le 29 avant la nuit. Le résultat le plus heureux a suivi ce mode de traitement; l'accès de diarrhée n'eut pas lieu dans la nuit du 29 au 30. Le sulfate fut continué à doses moindres pendant plusieurs jours; le retour des accès fut complétement empêché, et le rétablissement de la santé de mademoiselle D*** ne se fit pas long-temps attendre. (Gauthier de Claubry, *Journal hebdomadaire de méd.*, octobre 1830.)

Irritation sécrétoire et folliculeuse, exacerbations quotidiennes. (Fièvre intermittente typhoïde avec iléo-colite folliculeuse.)

N° 352. Arnaud, chasseur au 3e régiment, âgé de vingt-quatre ans, a éprouvé pendant l'année trois atteintes de fièvres intermittentes; l'une d'elles, au mois de juin, a été suivie d'une dysenterie qui n'a été maîtrisée qu'avec beaucoup de peine. Il entra de nouveau à l'hôpital de Bone, le 18 décembre 1834, le quatrième jour d'une fièvre quotidienne avec diarrhée, et dont les accès revenaient à dix heures du soir. Je le vis dans l'après-midi. Diète, eau gommée, vingt-quatre grains de sulfate de quinine, en potion avec addition de vingt-quatre gouttes de laudanum. Il n'y eut pas d'accès. Je ne donnai plus de sulfate de quinine, la diarrhée cessa entièrement; et le 22, j'avais accordé une pomme cuite matin et soir au malade. Mais cette convalecence, qui jusque là avait été très franche, fut arrêtée par l'invasion brusque et sans cause connue d'un accès auquel en succédèrent plusieurs autres; et malgré un traitement aussi actif que le comportait une constitution altérée pas des maladies si fréquentes, ces accès s'enjambèrent bientôt, d'où une fièvre pseudo-continue avec délire, avec soif ardente, avec langue noire et rôtie, avec les dents fuligineuses; la

langue redevint humide et rosée dans les deux derniers jours, une vaste escarre se forma au sacrum, et le malade succomba le 4 janvier.

Ouverture du cadavre.— Substance cérébrale légèrement sablée ; sérosité limpide et abondante dans les ventricules; plexus choroïdes pâles. Moelle épinière généralement ferme et injectée; ramollissement rouge de six à huit lignes au niveau des dernières vertèbres dorsales ; la substance nerveuse qui avoisine ce ramollissement est très fortement injectée. Injection fine et vermeille de la pie-mère. La membrane muqueuse de l'estomac, d'une teinte ardoisée, est ramollie et épaissie; une rougeur pointillée très serrée, disséminée sur toute la surface intérieure du ventricule, tranche sur cette nuance d'un gris tirant sur le noir. Supérieurement, l'intestin grêle est sain; inférieurement, on y rencontre un grand nombre de petites plaques circulaires blanchâtres, offrant à leur centre un petit point noir qui indique l'orifice des follicules malades. Le cœcum et le colon, dans ses portions ascendante et transverse, sont farcis de ces plaques; sa portion descendante est ramollie avec une coloration d'un gris foncé Le foie est dans l'état naturel. La rate est réduite en bouillie, couleur de chocolat à l'eau. (Maillot, *ouvrage cité.*)

Diarrhées subinflammatoires avec le type tierce.

No 353. Un homme âgé de trente-cinq ans, d'un tempérament phlegmatique, prit un purgatif, je ne sais à quelle occasion; l'action en fut trop forte, et les évacuations durèrent avec violence pendant trois jours. Les adoucissants et quelques prises de diascordium arrêtèrent cette superpurgation. Après quelques jours de calme, le mal reparut sur la scène, mais sous un autre aspect. Il survint des frissons irréguliers, des *grouillements* d'entrailles, des tranchées légères; environ deux heures après, il se manifesta une diarrhée très forte qui dura pendant cinq à six heures; elle s'arrêta d'elle-même sans remèdes, pour se montrer encore de nouveau le surlendemain; elle continua à revenir avec la même régularité pendant quinze jours. Ayant été appelé, j'administrai une tisane de chiendent avec le nitre et le sirop de coing, des carthartiques modérés et le quinquina; le mal céda sans retour. (Picqué, *Journal de médecine*, t. XLII, 1774.)

Degner rapporte qu'il a été lui-même sujet à une diarrhée périodique qui récidivait de deux jours l'un. Il fut malade au commencement du mois, et perdit l'appétit. Le quatrième jour, il ressentit un léger tiraillement dans le dos et un peu de froid qui se passa bientôt. Le lendemain, état de santé. Le sixième jour, il éprouva encore un léger tiraillement dans les lombes et un peu de froid, puis il s'établit une diarrhée assez modérée sous le rapport des souffrances, et qui produisit douze évacuations très douces et aqueuses dans l'espace d'une heure et demie. Le septième jour, rien de nouveau. Le huitième, mêmes symptômes que ceux du précédent accès. Les mêmes accidents se renouvelèrent encore le dixième jour, et le douzième tout fut calmé Ces évacuations fluides ne lui durèrent jamais plus de deux heures à chaque retour périodique; dans les intervalles, les évacuations alvines avaient lieu comme dans l'état de santé. (*Coll. de Breslaw*, t. XIII.)

Diarrhée muqueuse, type quarte.

No 354. Un cordonnier, âgé de trente-cinq ans, célibataire, tempérament phlegmatique et morose, logé à l'étroit et au rez-de-chaussée, dans un lieu bas et humide situé au nord-ouest, ne faisant usage que d'aliments visqueux ou féculents et privé de vin depuis plusieurs années, présentait tous les attributs d'une diathèse lymphatique, tels qu'apathie, faiblesse musculaire, pâleur et bouffissure du visage, appétit souvent nul ou vorace, bouche fade ou pâteuse, renvois fréquents et pesanteur à l'estomac après ses repas, grande

susceptibilité au moindre froid, dont l'impression vive lui cause des coliques et des selles plus ou moins fréquentes. Il était depuis long-temps dans cet état sans cesser de se livrer à ses travaux ordinaires; lorsqu'il se mit à l'usage du remède Leroy pour *gagner de l'appétit*. De fréquentes évacuations par le haut et par le bas en furent la suite. Le malade se trouva bien pendant quelques semaines. Il y revint à différentes reprises, mais pas toujours avec succès; il lui parut à la fin qu'il perdait les forces et le sommeil; il lui survint des douleurs dans le dos et les articulations, des frissonnements passagers, puis des aphthes à la bouche et une diarrhée dont la persistance le porta à me demander avis sur son état vers la fin de septembre 1822. Le malade était constamment plus souffrant et courbaturé vers la fin de la journée; quelques coliques venteuses, des borborygmes et des selles abondantes lui étaient annoncées, disait-il, par le coucher du soleil. Les matières évacuées étaient liquides, filantes, muqueuses et bilieuses, dont l'odeur, d'abord très fétide, était devenue moins forte; la peau est sèche et décolorée; le pouls assez plein, mou et peu fréquent; urines épaisses et peu abondantes; ventre assez volumineux.

Ce qu'il y avait de plus remarquable dans cette affection muqueuse, c'est un redoublement de malaise et de souffrances beaucoup plus prononcé tous les trois jours: ce jour-là, des frissons fébriles semblaient à diverses reprises parcourir la surface de son corps, et les évacuations alvines étaient précédées de vomissements de matières glaireuses et d'une salivation abondante. Deux grains d'émétique, huit grains d'ipécacuanha, sont administrés le 26; il en résulte plusieurs vomissements de matières bilieuses et glaireuses et une moiteur assez abondante à la peau, suivie d'un sommeil prolongé. Le lendemain appétit très marqué, soif vive. Nourriture restaurante et en petite quantité; consommé. L'estomac ne les supporta pas. Diète, boisson adoucissante. Le 28, jour du redoublement, il se manifeste comme de coutume; même état de fatigue, de courbature et de malaise général, coliques plus fortes, selles plus fréquentes, frissons fébriles, inquiétude, morosité, stupeur vers le soir; rêvasseries fréquentes dans la nuit. Régime diététique, eau de riz pour boisson ordinaire; frictions sèches exercées sur toute la surface du corps, de trois heures en trois heures, quatre pilules composées à partie égale d'extrait alcoolique de quinquina, de gomme ammoniaque et d'extrait de rhubarbe. Le second jour d'intermittence le malade est assez bien et ne se plaint que de faiblesse et de lassitude; l'appétit est très marqué. Consommé au riz qu'il trouve excellent; continuation des pilules. Le 1[er] octobre, le malade ressent vivement l'influence de l'atmosphère qui est froide et humide; il est courbaturé, languissant; dégoût et envie de vomir; bâillements, pandiculations fréquentes de tous les membres, frissonnements vagues qui se prononcent davantage vers les quatre heures après-midi, époque à laquelle il éprouve de violentes coliques, des roulements d'entrailles et bientôt des selles liquides, muqueuses et très abondantes; les évacuations se répètent d'abord toutes les demi-heures et ensuite à des intervalles plus éloignés. Décoction blanche de Sydenham avec quelques gouttes de laudanum. Pendant tout le temps que les selles ont été fréquentes (quatre ou cinq heures environ), le malade a ressenti des frissons qui se sont calmés aussitôt qu'il a été placé dans un lit chaud et qu'il eut pris une infusion chaude de tilleul et de coquelicot. Bientôt la chaleur et le sommeil sont survenus; la première partie de la nuit a été calme, la deuxième agitée par des rêves fréquents. Les urines sont chaudes, troubles, mais évacuées librement. Vin de quinquina, trois onces par jour; frictions; appétit qu'on satisfait modérément. Engorgement œdémateux des pieds et des jambes. L'accès ou le redoublement du 4 ne fut marqué que par un léger frisson dans le dos, quelques coliques et une selle liquide; le malade ne s'inquiète que de ses jambes et de sa faiblesse. L'appétit devient insatiable; l'œdème,

très marqué pendant le jour, disparaît en partie chaque soir. Il change d'habitation, et toutes les fonctions reprennent leurs cours ordinaire. (Millioz, ancien chirurgien de l'armée d'Égypte.)

Diarrhée intermittente duodécimane ou quindécimane.

Nº 355. Madame la comtesse de B***, âgée de trente-huit ans, était atteinte depuis plus de dix ans d'un dévoiement séreux assez considérable, qui revenait tous les douze ou quinze jours. Ce devoiement durait deux, trois ou quatre jours, et empêchait la malade de sortir pour aller en société ou pour vaquer à ses affaires. Elle me consulta pour supprimer cette évacuation. Cette dame n'était point maigre; cependant son teint était jaune, et je reconnus au tact qu'il y avait un peu d'engorgement dans le foie et dans la région de l'ovaire droit; du reste elle jouissait d'une bonne santé. Je lui représentai qu'une ancienne évacuation qu'elle supportait sans dépérissement devait être respectée, et je lui conseillai de ne rien faire qui pût la supprimer; seulement qu'il fallait en combattre la cause, qui me paraissait évidemment provenir de l'engorgement du foie et d'une altération dans le cours et dans la nature de la bile, par l'usage des pilules savonneuses avec les extraits amers, une boisson de plantes légèrement apéritives et quelques verres d'eau de Vichy. Je conseillai de plus, vu l'état des règles qui étaient peu abondantes et peu régulières, quelques sangsues au fondement et aux parties extérieures de la génération, et de suivre pendant quelque temps ce traitement, secondé d'un bon régime. Ce traitement eut d'abord d'heureux effets; j'en conseillai la continuation; mais mes conseils parurent à cette dame d'une trop longue exécution. Elle consulta Tronchin, qui prescrivit l'extrait de quinquina avec le cachou et le safran de mars astringent à des doses fortes; une décoction de racine de bistorte en boisson dans du vin de Bordeaux aux repas; un peu de vin amer de Xérès à la fin du dîner, et un gros de diascordium le soir dans une cuillerée du même vin.

Ce traitement répondit aux vues du médecin, car madame de B*** n'eut plus de dévoiement pendant quelque temps; mais les malléoles, les cous-de-pieds et les jambes s'œdématièrent, et enfin le bas-ventre météorisé annonça une hydropisie ascite prochaine. Le pouls était lent et faible avec quelques inégalités. Appelé de nouveau auprès de cette malade, je lui conseillai l'usage de divers diurétiques, heureusement éprouvés, et un ou deux purgatifs. Ce traitement suffit au bout d'une quinzaine de jours pour rétablir les urines et pour dissiper l'enflure, moyennant aussi le bénéfice du dévoiement qui était revenu sans être bien considérable, avec augmentation des forces plutôt qu'avec diminution: le pouls était même plus fort et plus régulier. Cependant cette dame, encore peu satisfaite, et voulant changer de traitement, désira une consultation. Barthez fut appelé; il proposa des remèdes amers astrigents, et le soir, l'opium gommeux en assez grande dose. Le dévoiement s'arrêta encore; mais en peu de jours une nouvelle hydropisie survint et fit de rapides progrès. Frappée de cette récidive, et en craignant les suites, la malade finit par me donner son entière confiance. Je revins au traitement que je lui avais prescrit et qu'elle avait si heureusement commencé. Après qu'elle eut fait usage des diurétiques, les mêmes que j'avais déjà prescrits avec succès, je fis prendre pendant long-temps les pilules savonneuses avec les extraits amers et les martiaux, puis les eaux de Vichy, tantôt augmentant ou diminuant la dose de ces remèdes, tantôt faisant quelques additions de terre foliée de tartre particulièrement, et à plus forte dose qu'on ne la conseillait ordinairement. La malade finit par guérir; elle a émigré quelques années après, jouissant alors d'une assez bonne santé. (Portal, *Obs. sur la nature et le traitement de l'hydropisie*, t. 1er.)

Diarrhées intermittentes mensuelles.

N° 356. Rommel rapporte qu'une femme, chaque fois qu'elle devenait grosse, était sujette à des fleurs blanches, qu'elle n'éprouvait point auparavant. Ces fleurs blanches, assez abondantes pendant le premier mois de la grossesse, ne se prolongeaient pas au-delà ; elles étaient alors remplacées par un dévoiement plus ou moins douloureux, qui durait environ sept jours, pendant lesquels la malade rendait chaque jour environ vingt ou vingt-quatre selles, toutes assez abondantes. Depuis ce moment, la malade n'apercevait plus de fleurs blanches pendant tout le temps de sa grossesse, mais elle restait sujette à la diarrhée dont il s'agit, laquelle revenait tous les mois à des temps fixes ; elle présentait chaque fois les mêmes phénomènes jusqu'à l'époque de l'accouchement, où cette femme en était délivrée sans retour jusqu'à une nouvelle grossesse. Cette affection périodique était devenue si habituelle chez cette femme, que son retour était pour elle un signe assuré de grossesse. (*Act. nat.*, dec. 2.)

Lanzoni a vu un petit garçon qui avait eu une dysenterie à l'âge de quatre ans, et qui était resté sujet, depuis cette époque, à un dévoiement qui le prenait régulièrement une fois par mois, et qui disparaissait chaque fois après deux ou trois jours de durée. (*Ibid.*, cent. 1er.)

Écoulements morbides de semence, type quotidien.

N° 357. Joh. Prückel rapporte qu'il a observé un jeune homme qui était affecté, depuis un certain temps, d'un écoulement de semence qui revenait périodiquement toutes les vingt-quatre heures environ. Chaque retour de l'écoulement dont il s'agit était annoncé par un déchirement douloureux des lèvres et par un frisson très marqué par tout le corps. Les forces du malade étaient déjà considérablement affaiblies, lorsqu'il implora le secours de ce médecin, qui parvint à le guérir de cette affection périodique par des moyens convenables. (*Acta nat. curios.*, dec. 1er, an IX.)

Polis a également observé un flux périodique de semence dans un jeune homme qui avait eu la rougeole, et qui était devenu sujet à cette incommodité toutes les nuits, ce qui l'énervait au point qu'il ne faisait rien qu'avec indolence, et paraissait toujours comme assoupi. (*Acad. des scrut. natur.*, part. IX, p. 38.)

Diabète intermittent quotidien.

N° 358. Une jeune femme, sujette aux affections nerveuses, s'étant exposée au froid durant le quatrième mois de sa grossesse, fut prise de symptômes d'asthme qui revinrent par accès avec de fréquentes syncopes, et qui cédèrent au bout de deux semaines par l'emploi de remèdes dans lesquels entrait le sel volatil. Un mois et demi s'était déjà écoulé, lorsque, après une nuit agitée, elle ressentit tout-à-coup à son réveil un frisson général, semblable à celui qui caractérise l'invasion d'une fièvre intermittente. Ce frisson fut suivi de bâillements et de pandiculations fréquentes ; il se manifesta en même temps des efforts ou des envies fréquentes de vomir ; l'urine, qui était d'abord naturelle, devint aqueuse, décolorée, et le besoin de l'évacuer se fit sentir à chaque instant, presque à chaque minute ; puis des douleurs assez marquées se firent sentir çà et là dans les lombes et les hypocondres, avec des spasmes légers.

Tous ces symptômes persistèrent depuis le matin jusqu'au soir. Pendant ce temps, la malade rendit une énorme quantité d'urine, c'est-à-dire une quantité au moins trois fois plus grande que celle des boissons qu'elle avait prises ; la chaleur et la soif ne furent point augmentées, le pouls conserva

son état naturel; après ce temps, tous les symptômes énumérés disparurent: l'urine reprit sa couleur naturelle et coula comme dans l'état de santé. Le lendemain matin, à la même heure, un nouvel accès, tout-à-fait semblable à celui de la veille, et présentant le même appareil de symptômes, se manifesta et continua à revenir ainsi régulièrement à la même heure, pendant douze jours consécutifs. On opposa à cette affection la saignée; on prescrivit une poudre composée de corail, de perle, d'ivoire, etc., qu'on fit prendre à la malade dans une boisson convenable. Le matin et le soir on lui administra douze gouttes de teinture d'antimoine. A l'aide de ces différents moyens, la malade ne tarda pas à guérir. (Th. Willis, *Oper. omn.*, vol. 1er.)

Leucorrhée intermittente, type mensuel et quotidien.

N° 359. Madame F***, âgée de trente-six ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, constitution molle, est mariée depuis douze ans sans avoir eu d'enfants. Naturellement triste ou portée à la mélancolie, madame F*** a éprouvé beaucoup de contrariétés et de chagrins qui ont entretenu cette disposition de son moral, joints au grand regret de ne point avoir d'enfants et à un état maladif presque continuel. Cet état consiste en de fréquents maux d'estomac, qui se répètent assez souvent, suivant la mauvaise disposition du moral, et suivant le genre et la quantité de nourriture que prend la malade. Indépendamment de cela, madame F*** est sujette à des fleurs blanches qui reviennent régulièrement une fois par mois, tantôt avant, tantôt après l'époque de ses menstrues. Quand celles-ci sont peu abondantes, les fleurs blanches devancent leur premier retour de quelques jours; c'est le contraire quand les règles coulent pendant le temps ordinaire.

A la suite de nouveaux chagrins et d'un défaut de régime, surtout par l'usage abusif du café au lait, madame F***, depuis le 15 octobre 1831, est devenue plus souffrante que de coutume. Chaque jour, vers les six heures du soir, elle éprouve un frissonnement, une pesanteur et un malaise général, douleurs vagues dans les jointures, et fixes dans les régions dorsale et lombaire gauche, peau sèche, urines rares et chaudes, pouls normal, tendance aux lipothymies. Le développement de ces symptômes est accompagné et suivi de pertes considérables de matières blanches mucoso-albumineuses provenant de la muqueuse utéro-vaginale, où la malade éprouva un sentiment de pesanteur et d'orgasme très fatigant. Cet état se prolonge jusqu'à ce que madame F*** se soit réchauffée dans son lit à l'aide de quelques boissons chaudes, et que le sommeil et la transpiration aient succédé, ce qui n'arrive que plus ou moins tard dans la nuit. Les matinées sont si bonnes, que la malade peut se lever et vaquer à son ménage sans éprouver autre chose qu'un peu de faiblesse; l'appétit est bon, la soif plus prononcée que de coutume. Après avoir fait reprendre à la malade l'usage de la flanelle, qu'elle avait discontinué, et lui avoir prescrit un léger purgatif, deux bains de corps, puis un régime diététique, des boissons tempérantes et rafraîchissantes, la persistance de ces retours morbides réguliers me conduisit à l'emploi du sulfate de quinine, à la dose de six grains délayés dans deux tasses de camomille romaine prises à deux heures d'intervalle dans la matinée. Cette médication, jointe à un changement d'air, aux promenades, aux distractions de la campagne, que je conseillai rigoureusement, a suffi pour faire cesser cet état de souffrance, et pour prévenir le retour de cette leucorrhée quotidienne, dont l'abondance et la durée de quelques semaines avaient exténué les forces et maigri considérablement la malade, qui dès lors a repris un peu d'embonpoint et une santé meilleure qu'auparavant.

Gonorrhée périodique, type quarte.

N° 360. Mohring rapporte qu'un jeune homme âgé de vingt ans, très sage, après avoir éprouvé une fièvre ardente, fut sujet à un flux muqueux semblable à un flux de semence qui revenait régulièrement de trois nuits en trois nuits. Cette incommodité lui dura près d'un an, avant qu'on ait pu la faire cesser par les secours de la médecine. (*Commerc. Norimb.* 1736, p. 210.)

Ischurie intermittente tierce.

N° 361 Un jeune homme âgé de vingt-deux ans, d'un tempérament sanguin, avait fait, vers la fin de l'année 1684, un voyage à pied dans lequel, se trouvant peu couvert, il avait beaucoup souffert du froid. Sa santé fut dès lors chancelante, il lui survint divers accidents auxquels on opposa différents remèdes; il fut ensuite attaqué de convulsions et d'une ischurie qui se répétèrent tous les deux jours; le médecin qui fut appelé ayant appris que le malade restait un jour entier hors de son lit et sans souffrir, lui fit administrer promptement un purgatif qui soulagea tellement le malade, qu'il se crut guéri; mais vers les cinq heures du soir, il lui survint des bâillements fréquents et très incommodes, puis des convulsions très fortes par tout le corps, dont on modéra la violence par l'emploi de quelques remèdes antispasmodiques; le pouls était naturel, et il y avait en même temps suppression totale des urines; le malade n'en rendit pas une seule goutte pendant toute la nuit. Des remèdes céphaliques, cardiaques, furent administrés; des applications émollientes furent faites sur la région pubienne, où le malade ressentait de la douleur; ce ne fut que le lendemain que les urines coulèrent à l'aide d'un lavement. Elles furent moins abondantes qu'on ne devait s'y attendre, d'après le temps que la rétention avait duré. La nuit suivante fut bonne. Mais le troisième jour au soir, l'on vit reparaître, à la même heure exactement que l'avant-veille, les bâillements, les convulsions et la rétention d'urine; ces symptômes furent seulement un peu moins intenses, et cessèrent le lendemain. Le médecin ayant reconnu que cette affection ressemblait aux fièvres intermittentes, quoiqu'il n'y eût pas de fièvre, joignit l'administration des fébrifuges aux moyens précédents. A l'aide de ce traitement il n'y eut plus qu'un léger accès caractérisé par des bâillements et quelques autres légers symptômes Le malade fut bientôt rétabli complétement. (*Act. nat. curios. dec.* 2 ou 3, obs. 185)

Subinflammation de la muqueuse urétrale sous type tierce et quarte. (Urétritide virulente et périodique de l'auteur.)

N° 362. Dans les derniers jours de février 1825, je fus consulté par M. de C***, étudiant en droit, jeune homme d'un tempérament nerveux-lymphatique, d'une constitution peu forte, quoique d'une bonne santé. Ce jeune homme, après un coït impur, fut pris le lendemain d'un besoin pressant d'uriner: il ressentit de forts picotements et de la chaleur à l'extrémité de la verge. Pendant la nuit, les envies d'uriner devinrent très fréquentes; le liquide sortait en petite quantité; les érections étaient spontanées et douloureuses; elles ne laissaient aucun repos; le matin, le malade aperçut à l'orifice de l'urètre un écoulement de matière jaune et puriforme A ma consultation, je trouvai le frein enflammé et gonflé, les lèvres de l'urètre saillantes et fortement colorées. Convaincu qu'il y avait là une phlegmasie de la muqueuse de l'urètre qui n'avait point encore gagné les autres organes, je dirigeai tous mes soins vers la partie malade. Je fis appliquer une assez grande quantité de sangsues à la région périnéale (d'après la méthode de M. Brous-

sais);; je conseillai les émulsions, les bains, les topiques mucilagineux et la diète végétale. Le vin et les spiritueux furent sévèrement défendus. Le lendemain, je rencontrai par hasard mon malade, qui m'adressa ses remerciements sur l'heureuse réussite de mes remèdes. Il se trouvait totalement guéri; il urinait facilement; la rougeur et l'écoulement avaient disparu. J'attribuai ce résultat au caractère éphémère de l'irritation urétrale, due sans doute à une cause simple et passagère, et non à un principe spécifique. Mais le troisième jour, les symptômes reparurent tels qu'ils s'étaient montrés trois jours auparavant, et presque à la même heure. Je résolus d'attendre quelque temps pour arrêter le cours de la maladie, qui s'annonçait tout au plus sous le type rémittent. Voulant me convaincre de son caractère intermittent et de la régularité de ses périodes, j'observai avec beaucoup de soin les symptômes de la phlegmasie qui venait de reparaître. Après avoir prescrit une médication débilitante, j'engageai le malade à s'observer deux fois par jour. Il revint le quatrième jour m'annoncer d'un air fort gai qu'il ne se ressentait plus de sa maladie. J'examinai la partie pour m'en assurer, et je ne trouvai aucune altération qui indiquât une irritation vasculaire. Convaincu de la nature périodique de cette urétritide, je chargeai le malade de s'informer si la femme avec laquelle il avait cohabité n'était point infectée : il ne tarda point à en avoir la certitude. La nature de la maladie m'étant alors bien connue, je me déterminai à prescrire pendant la rémission, et comme moyen perturbateur, quelques injections saturnines combinées avec le sulfate de morphine. J'ordonnai à l'intérieur une forte solution d'hydriodate de potasse dans un véhicule mucilagineux. Sous l'influence de cette médication, l'urétritide s'arrêta une troisième fois, revêtant d'une manière évidente le type tierce. Les douleurs en urinant devinrent plus légères, les érections moins fortes et de peu de durée, l'écoulement plus séreux. J'arrêtai la méthode perturbatrice pendant la période d'irritation, et je recommandai les médicaments doux. Lorsque les phénomènes d'irritation eurent disparu, j'employai de nouveau l'hydriodate et les injections. Malgré ce traitement, la maladie revint encore deux fois, mais en laissant deux jours d'intervalle pour reparaître sous le type quarte. J'eus cependant la satisfaction de voir diminuer chaque accès, et la maladie fut enfin radicalement guérie, après s'être montrée dans l'espace de quatorze jours, quatre fois sous le type tierce, et deux fois sous le type quarte. (Fulci, *Nouvelle biblioth. médic.*, 1827.)

Irritation subinflammatoire, redoublements fébriles en type tierce.

N° 363. Un individu âgé de dix-huit ans était atteint d'une gonorrhée qui pendant long-temps ne lui fait éprouver qu'un chatouillement léger dans l'urètre. Ce chatouillement augmente après le repas, et devient douloureux dans les temps froids et humides. Au bout de quelque temps, les urines forment en sortant un filet mince ou se bifurquent; elles sont précédées d'un écoulement de matière visqueuse; il survient des accès fébriles que les bougies de Daran et un régime délayant dissipent en favorisant l'écoulement des urines. Mais la difficulté d'uriner revient avec la fièvre ; le malade éprouve des dégoûts, des nausées, et ne peut rien digérer; il est sujet à de violents accès précédés de longs frissons qui se manifestent particulièrement quand il a mangé. Ces accès paraissent d'abord à des périodes fort éloignées; ils se rapprochent à mesure que la difficulté d'uriner augmente. Le malade fut saigné plusieurs fois, mis à la diète, aux émulsions, aux boissons délayantes et relâchantes. La fièvre cède en six jours à ces moyens, les douleurs du bas-ventre se modèrent; mais l'écoulement des urines étant toujours difficile,

et douloureux, des sangsues sont appliquées au fondement, et la dysurie disparaît.

Le malade resta exempt de fièvre tant qu'il fut astreint à des précautions hygiéniques et au régime; mais dès qu'il s'en écarta, la dysurie et la fièvre revinrent assez régulièrement tous les deux jours. Les fébrifuges, surtout le quinquina en substance, rendirent les accès plus violents et plus longs; ils ne laissaient plus entre eux qu'un intervalle très court; les urines déposaient le matin un sédiment briqueté; la douleur du bas-ventre et les difficultés d'uriner augmentaient; les saignées et les bougies introduites chaque fois que l'envie d'uriner se faisait sentir, dissipèrent en peu de jours la fièvre qui durait depuis plus de trois mois; l'appétit revint avec la santé. Mais les accès de fièvre continuèrent à revenir de loin en loin chaque fois que le malade renonçait aux précautions hygiéniques, au régime, et à l'usage des bougies; alors les urines coulaient difficilement, précédées d'un écoulement de matière blanchâtre, visqueuse, et déposant un sédiment briqueté. Plus tard, tous les symptômes allèrent en augmentant; les douleurs du bas-ventre devinrent plus vives, plus fréquentes, la fièvre plus forte et continue, la langue brune, aride, la peau sèche, le pouls petit, précipité; l'estomac ne voulut plus rien supporter; le hoquet devint continuel; des sueurs froides, des soubresauts des tendons, une respiration petite et précipitée, furent les préludes de la mort. « Cette observation prouve, dit l'auteur, combien les maladies de l'urètre et de la vessie sont terribles, quand on leur a laissé faire des progrès au point de produire des accès de fièvre précédés de frissons... On juge surtout des progrès du mal par l'estomac, car la vessie ne peut être affectée vivement sans que l'estomac ne s'en ressente.» (Benjamin-Bell, *Traité de la gonorrhée*, t. 1er.)

Diabète intermittent octane et quindécimane.

No 364. Camérarius rapporte qu'un homme veuf, âgé de soixante-trois ans, qui avait toujours joui d'une assez bonne santé, fut sujet depuis l'automne de 1705 à une évacuation difficile et douloureuse de ses urines; il lui survint ensuite durant le mois de juillet 1706 un diabète, accompagné de strangurie, qui revenait périodiquement tous les huit jours et quelquefois tous les quinze jours. Cette affection continua à se manifester régulièrement jusqu'au mois de février 1707. Il y avait un intervalle de plusieurs jours pendant lesquels le malade se trouvait bien. Les symptômes qui constituaient les paroxysmes de cette affection persistaient un jour et une nuit avec la même intensité; le lendemain, il y avait déjà une rémission bien sensible; mais le malade n'était parfaitement délivré de toute incommodité que du troisième au quatrième jour: alors il pouvait se livrer à ses affaires et paraître en public aussi bien portant que s'il n'avait jamais rien éprouvé.

Les accès commençaient par une émission très abondante d'urines; celles-ci devenaient ensuite très rares et ne sortaient qu'avec beaucoup de difficulté et de douleur; leur expulsion exigeait des efforts répétés de la part du malade, et était accompagnée d'un sentiment d'ardeur, de points et de resserrements douloureux dans le bas-ventre. Les accès dont il s'agit ne se ressemblaient point, quant à leur violence et à leur durée; ils étaient tantôt plus longs et plus violents, tantôt plus courts et plus modérés, suivant les influences atmosphériques. C'était ordinairement le matin que les paroxysmes commençaient par le flux abondant des urines, et les douleurs d'abord légères devenaient de plus en plus intenses. Vers midi, elles étaient déjà assez considérables, et arrivaient à leur plus haut degré d'intensité pendant la nuit; elles ne commençaient à se calmer que vers minuit. Le malade était

obligé de rester au lit ou de courir dans sa chambre pendant près de quarante heures, pour rendre les douleurs qu'il éprouvait plus supportables.

La quantité des urines qu'il rendait, pendant les vingt-quatre heures que durait l'accès, était beaucoup plus considérable que celle qu'il rendait ensuite pendant tout le temps que durait l'intermission. Les urines étaient d'abord claires, un peu jaunâtres et jamais rouges; elles laissaient déposer un sédiment blanc, pulvérulent, semblable à de la craie et d'une odeur très forte; elles étaient quelquefois mêlées de sang. Pendant l'intervalle des paroxysmes, le malade n'éprouvait ni douleurs, ni pesanteur dans la région de la vessie; il n'y avait que certains mouvements qui y réveillaient de la sensibilité. Durant les accès, il n'y avait ni frisson, ni chaleur, ni vomissements, ni coliques; la soif était modérée, l'appétit toujours bon, même pendant les douleurs; la peau était sèche et rugueuse. La maigreur du malade n'était pas encore très grande. Les longs intervalles de calme, et quelquefois la modération des symptômes qui constituaient les accès firent long-temps espérer la guérison du malade, mais on employa en vain différents moyens, tels que la saignée, les épithèmes, les lavements parégoriques, les gommeux, les gélatineux, les médicaments huileux, balsamiques, absorbants, nitreux et relâchants; le malade succomba à cette affection. (*Act. nat. curios. cent.* III et IV, obs. 10.)

Diabète intermittent mensuel.

N° 365. On trouve dans les *Actes des curieux de la nature* l'observation d'un homme qui vivait avec beaucoup de tempérance et de sobriété, et qui était attaqué régulièrement tous mois, vers l'époque de la pleine lune, d'une difficulté d'uriner qui était suivie d'un flux diabétique très considérable.

Lorsque l'époque du retour de son affection était arrivée, il éprouvait d'abord pendant trois jours des douleurs insupportables dans la région hypogastrique, et il ne rendait de l'urine qu'en très petite quantité. Après le troisième jour, le col de la vessie semblait se desserrer, et il s'écoulait pendant trois jours de suite et involontairement, un fluide aqueux très abondant, tout-à-fait décoloré, et contenant de temps à autre un sédiment blanc. Pendant ces trois derniers jours, des douleurs assez marquées se faisaient encore ressentir dans l'urètre, la vessie et les reins; mais ces douleurs étaient beaucoup plus supportables que durant les trois premiers jours de l'accès, parce que l'urine sortait à mesure qu'elle était sécrétée et entraînait avec elle beaucoup de sels irritants. Pendant ces trois derniers jours, il sortait environ soixante-douze livres d'urine, quoique le malade en buvait à peine une livre pendant cet intervalle de temps, et quoiqu'il n'en bût qu'à peine quarante livres pendant le mois qui précédait chaque accès. Vers le septième jour, l'urine reprenait peu à peu sa couleur naturelle, les organes urinaires rentraient dans l'état de santé, et le dixième jour tout était fini, tout était rentré dans l'ordre; le malade pouvait reprendre ses occupations. Cette affection conserva pendant long-temps le même ordre et la même régularité dans le développement et la terminaison ou la disparition des symptômes qui la constituaient, sans que le malade en ait perdu beaucoup de sa force et de son embonpoint. (*Act. nat.*, déc. 1er., obs. 167.)

Autres diabètes intermittents avec le même type.

N° 366. Thomas Bartholin rapporte que le médecin Bulich était sujet, tous les mois régulièrement, à un diabète accompagné de dysurie. D'abord il rendait plus de douze pots d'urine, quoiqu'il ne bût que la troisième partie d'un pot. Malgré cette affection périodique, le médecin dont il s'agit

conservait sa gaieté naturelle, et son corps ne dépérissait point. (*Act. med. Haffn*, vol. 1er.)

Richard Méad a vu une fille âgée de quatorze ans qui était sujette, une fois chaque mois, à un véritable diabète. Cette affection, qui durait depuis son enfance, récidivait à des temps fixes. Pendant sa durée, cette fille lâchait involontairement son urine pendant son sommeil. Ce diabète durait chaque fois quatre ou cinq jours, pendant lesquels la malade lâchait toujours involontairement ses urines pendant la nuit. Après ce temps, l'affection dont il s'agit disparaissait, et la malade ne lâchait plus son urine qu'à volonté Pendant cette évacuation périodique, elle était pâle, défigurée, mélancolique; mais dès que la période était passée, elle reprenait son état naturel, et redevenait belle et gaie. (*Opera omnia*, p. 47.)

Hydrométrites périodiques mensuelles.

No 367. Fernel rapporte qu'une femme rendait périodiquement, à l'approche du flux menstruel, par le col de l'utérus, une quantité d'eau citrine très chaude, assez considérable pour remplir six ou huit bassins; le ventre s'affaissait totalement; les règles paraissaient bientôt suivant l'ordre naturel. Le mois suivant, une nouvelle collection de sérosité se formait, et ensuite se faisait jour au temps marqué. Enfin cette femme guérit, devint enceinte, et mit au monde un enfant bien portant. (*Thérapeut. univers.*, 1644.)

J.- P Frank rapporte aussi l'exemple d'une femme à qui il était survenu une hydropisie de la matrice à la suite d'une percussion violente de la région iliaque droite; cette hydropisie se renouvela dix fois de suite, et régulièrement de mois en mois. Après la seconde évacuation de liquide, les menstrues, supprimées depuis la blessure, revinrent. Au bout d'un an, cette femme devint enceinte, et donna le jour à un enfant très petit, qui mourut quatre jours après sa naissance. Depuis cet accouchement, il revint toutes les cinq semaines un écoulement de sérosité, souvent plus considérable qu'à l'ordinaire, précédé de douleurs dans les mamelles, et qui s'est quelquefois élevé jusqu'à vingt-sept pintes. Une grossesse qui amena une fille bien portante fut suivie de la cessation totale de la maladie. (Delect, *Opusc. médic.*, 1785)

Ascite intermittente mensuelle.

No 368. Dans le mois de mai 1820, je fus appelé, dans un village des environs de Catane, pour une maladie qui a maintenant six années de durée. Une fille de vingt-cinq ans, d'une bonne constitution, appartenant à une famille qui n'avait point de maladies héréditaires, ayant toujours mené une vie tranquille et aisée, s'aperçut, après une vive frayeur, que son ventre grossissait uniformément; les urines ne se montrèrent plus aussi qu'en petite quantité. On fit venir un médecin, qui, après s'être informé de la maladie, et avoir fait les questions convenables, reconnut une ascite, pour laquelle on proposa les remèdes usités dans ce genre de maladie. Les parents, d'abord désolés de cette nouvelle, ne tardèrent pas à se consoler, lorsqu'ils virent que sans l'emploi d'aucun moyen la tumeur fluctuante avait disparu à l'apparition accoutumée du flux menstruel, qui avait été suivi en même temps d'une émission considérable d'urines sédimenteuses; mais à peine la malade avait-elle recouvré la santé, à peine se réjouissait-elle de la disparition rapide de sa maladie, qu'en moins de huit jours à partir de l'apparition des règles on vit les urines diminer de quantité, le ventre grossir de nouveau, et tous les symptômes de l'ascite reparaître comme la première fois. Les secours de la médecine furent aussitôt réclamés; on prescrivit les remèdes salins et scillitiques propres à rappeler les urines, et lorsqu'on attendait l'effet des remèdes, le flux menstruel reparut pour la seconde fois, et les urines venant

à couler en même temps en grande abondance, l'hydropisie abdominale fut jugée, et la malade fut encore une fois rendue à la santé. Instruit dès lors des conséquences de cette collection aqueuse, on n'attendit point la fin de l'hémorrhagie physiologique de l'utérus pour prescrire des remèdes nouveaux et plus puissants, tels que les tartrates, les acétates et les nitrates de potasse combinés aux scillitiques, les mercuriaux diversement préparés : on eut aussi recours aux antimoniaux pour rompre le cours de cet épanchement séreux abdominal et empêcher la diminution des urines. Tous les moyens furent inutiles. Six jours après la cessation de l'écoulement menstruel, les urines ne se montrèrent plus qu'en petite quantité, et le liquide séreux se rassembla de nouveau dans l'abdomen. Les remèdes prescrits ne furent d'aucun avantage, car pour la troisième fois le flux sanguin détermina une émission abondante d'urines, et fit entièrement disparaître l'hydropisie abdominale. Tel était l'état de la malade lorsque je fus consulté. Après que le médecin ordinaire m'eut fait l'histoire de la maladie et des médicaments employés, j'examinai avec beaucoup d'attention les symptômes, le cours et la terminaison de cette singulière affection En pesant soigneusement les conditions organiques de l'individu par rapport à l'âge, au tempérament, à la manière de vivre et autres circonstances hygiéniques, je fus convaincu qu'il y avait exaltation du principe vital. En continuant l'examen je reconnus aussi l'existence d'une gastro-entérite indiquée par la rougeur des bords de la langue, la couleur sale, le sentiment d'amertume de la bouche, la soif, les éructations fréquentes, la constipation et la sensation de plaisir que causait l'ingestion des boissons. Différents moyens furent tour à tour et successivement employés contre cette affection, mais inutilement : la collection séreuse continua à se former aux mêmes époques, et à disparaître à l'époque du flux menstruel, pour se remontrer de nouveau, s'élever à un pouce au-dessus de l'abdomen, et ainsi de suite pendant six ans. (Fulci, *Nouvelle bibliothèque méd.*, 1827.)

CHAPITRE IV.

IRRITATIONS INTERMITTENTES NERVEUSES DES VISCÈRES.

Si les travaux auxquels se livrent sans cesse M. Broussais et les médecins physiologistes pour consolider, agrandir, épurer une théorie basée uniquement sur les faits cliniques et l'anatomie pathologique, ont presque entièrement débrouillé le chaos des fièvres essentielles ; si, portant le flambeau de l'analyse dans les phénomènes si nombreux, si variés, que présente l'inflammation suivant la nature et le siége des différents tissus qu'elle attaque, on a mieux su distinguer le cri de l'organe malade ou le mode de souffrance qui lui est propre à travers la foule des phénomènes sympathiques qui souvent l'accompagne, le précède ou marche à sa suite, il est un genre de maladies pour lequel on n'est point encore arrivé au même degré de perfection, sur la nature et le siége desquelles il n'y a rien encore de bien positif,

rien de bien déterminé ; nous voulons parler des névroses intermittentes ou de la plupart des affections convulsives, comateuses, mentales , etc.

La marche périodique ou intermittente de ces affections ou des maladies connues sous les noms d'hystérie, d'épilepsie, de tétanos, d'hydrophobie , de chorée, d'hypocondrie, de manie , etc., est depuis long-temps connue et si bien établie que plusieurs médecins les ont regardées comme le prototype des affections intermittentes en général , et ont pensé que les fièvres intermittentes elles-mêmes, dans un bon cadre nosologique, devaient être placées à côté des névroses périodiques. Loin d'éclairer l'ordre des fièvres en le rapprochant de celui des névroses , on ne fit que l'obscurcir davantage. C'est par l'analyse exacte des phénomènes fébriles , par l'examen attentif de leurs causes , par la perquisition opiniâtre et la connaissance des lésions organiques dont ils étaient le résultat , que la doctrine physiologique est parvenue à localiser presque toutes les fièvres , c'est-à-dire à faire voir qu'elles ne sont que des phénomènes sympathiques de la lésion primitive d'un ou de plusieurs organes.

Mais , si des deux ordres d'affections vitales et de maladies générales appelées *névroses* , *fièvres* , ce dernier est déjà sorti du chaos des abstractions et des hypothèses , pourquoi le premier n'en sortirait-il pas également ? Pourquoi ne ferait-on pas pour les névroses ce qu'on a si heureusement opéré pour les fièvres ? On dit que dans les névroses (qui sont les maladies vitales par excellence) il n'y a que perversion ou suspension du sentiment et du mouvement *sans lésion locale !* On dit que l'autopsie ne fait point découvrir chez les individus qui y succombent des nerfs altérés dans leur forme , leur volume , leur texture , etc. ! Mais pourquoi supposer que les névroses ont exclusivement leur siége dans tels ou tels nerfs ? pourquoi supposer que dans ces maladies quelques nerfs en particulier doivent être lésés ou affectés comme dans les névralgies ? Certes, il ne faut pas confondre celles-ci avec celles-là ; les névralgies ayant leur siége exclusif dans certains cordons nerveux, n'ont point comme les névroses le pouvoir d'exercer des influences sympathiques qui troublent les fonctions cérébro-spinales, de la même manière que les névroses n'ont point en général comme les inflammations la propriété de développer des phénomènes de réaction sur le cœur , l'estomac , les poumons , la peau, etc. On ne peut douter que dans la plupart des

névroses une partie limitée du système capillaire sanguin ne prenne part à l'affection du système nerveux de tel ou tel organe, tout comme ce dernier système prend une part plus ou moins marquée aux modifications particulières du système capillaire sanguin, qui constituent les inflammations; mais, dans celles-ci, l'irritation prédominant dans le système sanguin, doit plus particulièrement influencer le cœur, l'estomac, les poumons, etc., tandis que dans les névroses, l'irritation étant en excès dans le système nerveux, doit sympathiquement troubler les fonctions cérébro-spinales. Voyez une gastro-hépatite, une gastro-duodénite chronique, chez un homme sanguin fortement constitué; les symptômes sont toujours ceux d'une inflammation à différents degrés d'intensité avec une fièvre plus ou moins marquée. Voyez la même affection chez une autre personne d'un tempérament bilieux et nerveux, d'une constitution délicate et très irritable, la lésion du système nerveux de la muqueuse digestive sera prédominante; il n'y aura pas de fièvre, et, à certains troubles des fonctions digestives se joindront des phénomènes nerveux d'inquiétude, de tristesse, d'amour de la solitude, de défiance ou de frayeur, des irrégularités dans les fonctions intellectuelles; en un mot, la plupart des symptômes de l'hypocondrie, de la mélancolie, parfois de l'hystérie et de la manie.

Il ne faut donc pas voir dans une névrose l'irritation unique et exclusive du système nerveux, mais un état morbide complexe dans lequel prédomine cette irritation, et auquel prend une part plus ou moins sensible la souffrance des autres systèmes organiques. Mais quel est l'organe, ou quels sont les organes qui sont spécialement le siége de telle ou telle névrose? C'est là la grande difficulté, dont la solution est fort embarrassante, pour ne pas dire impossible, à l'aide des faits recueillis jusqu'à ce jour. En effet, prenons les principales névroses telles que l'épilepsie, l'hystérie, le tétanos, l'hydrophobie et les diverses nuances d'aliénation mentale; toutes ces maladies indiquent un trouble manifeste des fonctions cérébrales ou cérébro-spinales; doit-on pour cette raison en placer le siége exclusivement dans le cerveau et la moelle épinière? Non, pas plus que le siége de l'ivresse occasionnée par un excès de vin, que le siége du délire dans un cas d'indigestion chez une personne nerveuse, pas plus que le siége des convulsions chez des individus affectés de panaris et d'odontalgie. Sans doute c'est bien le cerveau qui est ivre et qui délire; c'est bien

par suite du trouble des fonctions cérébro-spinales que les muscles volontaires sont agités de mouvements convulsifs ; mais le cerveau ou le système nerveux cérébro-spinal n'est ici affecté que secondairement ou sympathiquement. Il nous semble qu'il faut reconnaître le véritable siége d'une maladie quelconque, là où la cause efficiente porte son action, là où se trouve la lésion matérielle d'où partent des influences sympathiques variées et plus ou moins étendues. Tant qu'on s'éloignera de cette règle dans l'investigation du siége et de la nature des maladies, on s'exposera à des erreurs graves, non seulement dans leur diagnostic, mais encore, ce qui est bien plus funeste, dans le traitement qui leur convient.

Sans doute ce serait beaucoup simplifier l'histoire des affections convulsives, comateuses, mentales, etc., que d'en placer toujours et exclusivement le siége dans le cerveau, par la raison que leurs principaux symptômes résultent du trouble ou de la suspension des fonctions cérébrales ; mais quand des faits nombreux sont là qui déposent le contraire, il faut bien y avoir égard et réduire à leur juste valeur les opinions exclusives qui sont en opposition avec eux. En jetant un coup d'œil sur la plupart des opinions émises par les auteurs touchant la nature et le siége de l'hystérie, par exemple, nous voyons qu'elles sont loin de s'accorder ; les uns la regardent comme une affection spasmodique particulière, les autres la placent au rang des névroses, des vésanies ; plusieurs la considèrent comme une affection de nature inflammatoire. Relativement à son siége, le plus grand nombre des auteurs le placent dans la matrice ; plusieurs l'établissent exclusivement dans le cerveau ; d'autres le reconnaissent quelquefois dans le canal digestif, le foie, les reins, les parties externes de la génération, etc. Les faits d'anatomie pathologique, en petit nombre il est vrai, parce que l'hystérie est rarement mortelle, prouvent qu'on peut trouver des lésions dans tous ces organes divers, et que par conséquent le siége matériel de cette affection n'est point exclusivement dans tel ou tel organe. Quant à la nature (1) de cette altération ou de la lésion locale primitive, il n'est

(1) « L'ouverture du cadavre de quelques victimes d'un hystérisme opiniâtre (qu'on avait inutilement et peut-être fatalement traitées pendant plusieurs années avec toute espèce de remèdes stimulants et calmants, afin de vaincre les convulsions), l'ouverture de ces cadavres, dit M. Tommasini, me montra que souvent ces maladies dépendent de quelque profond travail

pas facile de se prononcer d'après le petit nombre de recherches d'anatomie pathologique faites jusqu'à ce jour. On ne peut pas dire qu'elle soit purement inflammatoire ou le résultat d'une phlegmasie chronique, parce que rien dans les symptômes de l'hystérie n'indique ce genre d'affection, parce qu'au lieu d'agir sympathiquement sur les organes de la circulation, elle porte une influence spéciale sur les centres nerveux cérébro-spinal et ganglionnaire; parce qu'on ne la voit pas se développer chez les femmes qui ont passé l'âge critique, et qui pourtant sont sujettes aux inflammations chroniques, aux affections squirrheuses des organes de la génération, et en particulier de l'utérus ou des ovaires; on sait qu'à cet âge les femmes sont exemptes d'hystérie. Ce fait bien certain prouve du moins que cette maladie tient le plus souvent à l'exaltation, au trouble, à un dérangement quelconque d'une fonction qui cesse avec la faculté d'engendrer, et qui commence avec elles, puisque les exemples d'hystérie observés avant la puberté sont fort rares, s'il en existe. Quel que soit donc le genre d'irritation, simplement nerveuse, ou plutôt nerveuse et inflammatoire de la matrice ou de tout autre organe qui provoque les phénomènes connus sous le nom d'hystérie, il nous suffit de constater qu'une irritation ou qu'une lésion locale existe dans tous les cas d'hystérie. Est-il nécessaire de placer le siége de cette maladie exclusivement dans le cerveau, pour concevoir le trouble des fonctions cérébro-spinales, qui la caractérise? Quel médecin ignore les relations intimes du cerveau et de la matrice? Qui ne connaît la source des convulsions chez les femmes enceintes? Qui ne sait qu'à la puberté un nouvel élan semble être donné aux fonctions intellectuelles par le développement des organes de la génération? Qui n'est chaque jour témoin des phénomènes nerveux, cérébraux, convulsifs, occasionnés par l'écoulement pénible des règles, par leur retard ou leur suppression? Il nous paraît donc qu'on pourrait placer exclusivement le siége de l'hystérie dans la matrice, avec plus de raisons qu'on n'en a de l'assigner constamment dans le cerveau; mais nous pensons que ni l'une ni l'autre de ces opinions n'est exacte, et que le siége de l'hystérie est susceptible de varier autant qu'il y a d'organes dont la lésion pri-

d'une inflammation sourde, plus ou moins étendue, qui tiraille, comprime, irrite en quelque manière des nerfs très importants par leurs relations sympathiques. » (*Clinique de ce professeur, Journal hebdomadaire de médecine.*)

mitive peut donner lieu aux divers phénomènes qui la constituent. Nous rapportons plusieurs observations qui prouvent que les phénomènes hystériques peuvent être occasionnés par la présence des vers dans le canal digestif. Tissot, dans l'épidémie de fièvre bilieuse de Lausanne, a observé plusieurs malades qui présentaient tous les symptômes de l'hystérie vers la deuxième ou troisième période de cette fièvre, c'est-à-dire à une époque où la phlegmasie de la muqueuse digestive était arrivée à un degré plus ou moins élevé. Dans l'observation sous n° 388, M. Chomel et les savants rapporteurs de l'Institut pensent que les accès d'hystérie furent occasionnés par l'ingestion de la belladone, dont la première action a dû se faire sentir sur l'estomac. On sait d'ailleurs qu'on a rencontré plus d'une fois des symptômes hystériques chez l'homme. Or, dans tous ces cas, on appelle *hystériques* des phénomènes qui ne tiennent point à l'irritation de la matrice. On sait que d'illustres praticiens, tels que Sydenham, Stahl et Hoffmann, ont regardé l'hystérie et l'hypocondrie comme une seule et même maladie; cependant, on soupçonnait déjà anciennement que la lésion du canal digestif, du foie et de la rate, jouait un grand rôle dans la production des symptômes hypocondriaques.

De tout ce que nous venons de dire, nous concluons : 1° que le système nerveux joue un grand rôle dans le développement des phénomènes hystériques, rôle prouvé par la grande variété de ces phénomènes, par leur mobilité qu'il est impossible de circonscrire dans un cercle limité, de renfermer dans des bornes prescrites ; 2° que le groupe de symptômes appelé hystérie, ne constitue point une affection essentielle, une maladie *suî generis*, existant par elle-même, indépendante de toute lésion organique, et toujours reconnaissable à la même intensité et au même nombre de phénomènes constituants (1); 3° que cette maladie est toujours

(1) Parmi les phénomènes nombreux qu'on rapporte à l'hystérie, on en trouve à peine un petit nombre qui se ressemblent parfaitement. Il n'est point rare que, chez une personne hystérique, des symptômes manquent, qui sont très sensibles dans une autre, qui paraissent dominer et constituer seuls la maladie chez une troisième. S'ensuit-il que pour faire ressortir la différence de tel fait avec tel autre, il faille les séparer, établir entre eux des distinctions pénibles, qui sont si peu dans la nature, qu'il n'est pas donné à deux observateurs de les saisir, alors même qu'ils se trouvent placés dans des circonstances semblables? Ne peut-on pas comprendre que la même cause, la même lésion, puisse produire des effets à différents degrés, et développer un symptôme de plus ou un symptôme de moins, sans qu'on soit autorisé à créer des êtres particuliers, ou des espèces de maladie à part, et

symptomatique d'une lésion locale ou d'une irritation dont il est le plus souvent possible d'indiquer le siége et la nature, quoiqu'ils soient loin d'être toujours les mêmes, et si bien connus qu'on puisse les indiquer à l'aspect seul des phénomènes auxquels on a donné le nom d'hystérie; 4° que le siége le plus fréquent de la lésion locale ou de l'irritation dont il s'agit, se trouve dans la matrice ou les organes de la génération, assez souvent dans le cerveau, quelquefois dans les organes digestifs et dans d'autres parties du corps; donc il n'y a pas une maladie particulière, fixe et bien déterminée, qu'on puisse appeler hystérie, mais il existe seulement des phénomènes particuliers, occasionnés par une lésion locale très variable par son siége, sa nature et la forme qu'elle présente aux yeux de l'anatomiste, phénomènes qu'on peut appeler hystériques par la raison qu'ils dépendent souvent d'une irritation de la matrice, mais auxquels il serait bon de chercher un autre nom que celui d'*hystérie*, puisqu'ils peuvent dépendre d'une affection siégeant ailleurs que dans la matrice.

On peut appliquer à l'épilepsie tout ce que nous venons de dire touchant la nature et le siége de l'hystérie : la plupart des auteurs font l'histoire de l'épilepsie sans s'occuper de cette question, la plus importante dans l'investigation des maladies, question dont la solution seule peut autoriser à la ranger dans un cadre nosologique. On peut être étonné de cette lacune dans l'histoire de l'épilepsie, quand on pense que les phénomènes principaux de cette maladie ont été connus et décrits dès la plus haute antiquité; mais si l'on réfléchit que les symptômes sont loin d'indiquer toujours le siége des maladies, si l'on réfléchit que la

basés uniquement sur ces différents degrés, sur la présence ou l'absence de tel symptôme? Car que résulte-t-il de cette manière de procéder dans l'établissement et la description des maladies ? c'est qu'un praticien admet telle ou telle variété pathologique qui n'est point admise par l'autre; c'est que l'on trouve dans l'histoire d'une seule maladie assez de symptômes pour en établir plusieurs autres particulières qui ne diffèrent que par le plus ou le moins. On n'a pas songé que ce plus ou ce moins pouvait instantanément y être ajouté ou retranché par une foule de circonstances dont l'influence est ressentie d'un moment à l'autre par les malades. C'est ainsi que le groupe de symptômes appelé *hystérie* peut tellement varier, qu'en voulant conserver ce type de maladie comme identique et essentiel, on a été obligé de recourir à des complications diverses, à des espèces ou variétés sans nombre, pour spécifier tous les autres symptômes un peu saillants qui, par une infinité de circonstances, peuvent s'ajouter au *groupe essentiel;* de là les variétés d'hystérie connues sous les noms d'hystéries *hypocondriaque*, *syncopale*, *mélancolique*, *épileptiforme*, *hydrophobique*, etc.

même affection locale peut développer les phénomènes sympathiques les plus disparates, que les mêmes phénomènes peuvent être produits par une infinité de causes agissant sur des organes différents, de telle sorte cependant qu'il en résulte le même groupe de symptômes pathognomoniques et morbides, on trouvera qu'il n'est point extraordinaire que les auteurs ne se soient point accordés ou aient différé d'opinion touchant le siége de la maladie dont il s'agit. Tissot, par exemple, qui donnait une grande attention aux organes génitaux dans le développement des maladies, ayant observé fréquemment que les causes de l'épilepsie agissaient sur ces organes et qu'elle dépendait bien souvent de l'excès dans les plaisirs de l'amour et surtout de la masturbation, en a conclu que cette maladie avait son siége habituel dans les organes de la génération. Sennert, Jonston, partageaient cet avis; de là les noms d'*epilepsia genitalis* ou *uterina* du premier, et d'*epilepsia ab utero* du second. D'autres écrivains croyaient cette maladie occasionnée par les humeurs, tels qu'Hoffmann, Charles Pison et Bonet; de là les noms d'*epilepsia humoralis, plethorica, cachectica, serosa, scorbutica, syphilitica*, etc. Quelques auteurs modernes, tels que MM. Georget, Bayle et Falret, assignent toujours et exclusivement dans le cerveau le siége de l'épilepsie. D'autres, tels que Bartholin, Médicus, Prost, etc., ont pensé que c'était dans le plexus splanchnique abdominal ou dans les premières voies que résidait le plus souvent la cause de cette maladie. Quelques médecins ont reconnu que l'épilepsie pouvait avoir son siége dans la moelle épinière (1), dans les poumons (2), dans les reins, le foie, la matrice ou à l'extérieur du corps, dans une partie limitée de la surface cutanée des membres supérieurs et inférieurs. Faut-il s'en étonner, puisque tous ces praticiens citent des faits à l'appui de leurs opinions, ou faut-il en conclure

(1) M. Ollivier cite ou rapporte plusieurs observations qui tendent à établir le siége de l'épilepsie dans la moelle épinière et ses membranes (*Traité des maladies de la moelle épinière*, t. II 1824.)

(2) M Destrès (*Médecine pratique*) rapporte un exemple de pneumonie, chez un enfant de douze ans, d'un tempérament nerveux, dont les redoublements inflammatoires, qui avaient lieu chaque soir, développaient de véritables accès épileptiques; l'inflammation du poumon était caractérisée par des points de côté, une toux fréquente avec expuition de crachats sanguinolents, peau sèche et chaude, pouls serré, fréquent, etc.

Les mucilagineux, les sangsues appliquées sur le thorax, etc., procurèrent la guérison du petit malade en quinze jours. Avec la pneumonie disparurent les accès épileptiques.

que ces faits sont faux ou de nulle valeur, parce qu'ils ont été cause des opinions différentes qui ont été émises touchant le siége de l'épilepsie? Nous pensons qu'il faut plutôt s'en prendre à la singularité de la maladie elle-même, ou bien à cette manière inexplicable et si différente d'agir des mêmes causes, suivant la disposition physique et morale des individus, suivant diverses circonstances de lieu, de température, etc. Il faut bien voir les choses telles qu'elles se présentent dans la nature; et quand des faits refusent de se plier à une théorie exclusive, peut-on raisonnablement en conclure qu'ils sont inexacts ou mal observés?

Pour nous, nous croyons que le siége de l'épilepsie n'est pas plus exclusivement dans le cerveau que celui de l'hystérie dans la matrice; nous pensons qu'il est plus sage et plus conforme à l'observation de tous les siècles de reconnaître que l'épilepsie n'a point un siége déterminé, fixe ou invariable, et qu'elle ne constitue point une maladie essentielle. Si l'on ne peut manquer de reconnaître, dans les symptômes qui caractérisent l'épilepsie, un trouble et une suspension des fonctions cérébro-spinales, on ne peut non plus contester que les mêmes symptômes puissent être occasionnés sympathiquement par la présence des vers dans le canal digestif, par des graviers dans les reins, par un calcul dans la vessie, par l'état de grossesse, par le retard ou la suspension des règles, par la masturbation, et qu'ils ne soient par conséquent le résultat d'une irritation placée dans le canal digestif, le foie, les reins, la vessie, les organes de la génération; de la même manière que l'ingestion trop abondante d'une boisson alcoolique peut produire, suivant les individus, un état d'agitation, de stupeur ou de somnolence, une espèce de délire gai ou triste, tranquille ou furieux, qu'on appelle ivresse; de même que toute espèce de phénomènes fébriles, ataxiques, adynamiques, comateux, convulsifs, etc., peuvent être symptomatiques d'une phlegmasie parvenue à son plus haut degré, quel que soit d'ailleurs son siége dans les viscères abdominaux, thoraciques et cérébraux.

On ne peut douter que les phénomènes épileptiques, comme ceux qui constituent le délire, la syncope, les convulsions, etc., puissent être développés sympathiquement par une lésion, une irritation locale externe et résultant d'une cicatrice imparfaite, de la section incomplète de nerfs ou de leur agacement, de leur compression, comme dans certaines plaies par instruments pi-

quants, déchirants, comme dans le panaris, dans l'odontalgie, etc. On voit sous le n° 369 l'exemple d'une épilepsie déterminée par la piqûre du nerf saphène. Nous rapportons (1) plusieurs observations d'épilepsies occasionnées par la masturbation, par une plaie externe, par le trouble ou le retard ou la suspension de l'écoulement menstruel, par la présence des vers dans le canal digestif, etc. Tissot, Pouteau, Dumas, Louyer-Villermay, Maisonneuve et Esquirol rapportent dans leurs ouvrages plusieurs exemples semblables. Le docteur Planchon rapporte une observation dans laquelle l'usage de la semence de jusquiame produisit des symptômes nerveux semblables à des accès d'épilepsie, lesquels se répétèrent un grand nombre de fois (2). Toutes ces observations prouvent qu'une lésion locale, dont la cause est connue et dont la nature est facile à déterminer, peut donner lieu aux symptômes de l'épilepsie ; dans tous les cas, on voit qu'il suffit d'éloigner la cause occasionnelle, qu'il suffit de détruire ou de modifier la lésion locale pour que le trouble ou la suspension des fonctions cérébro-spinales ne reparaisse point et que l'épilepsie soit à jamais dissipée. Or, il est évident que, dans tous les exemples indiqués, il n'y a point d'affection spéciale, *suî generis,* mais seulement des phénomènes particuliers appelés *épileptiques*, et auxquels on aurait pu donner tout autre nom. Il est évident que ces phénomènes sont occasionnés par une lésion organique dont le siége peut exister ailleurs que dans le cerveau, par une irritation locale qui influence sympathiquement le système nerveux cérébro-spinal, de telle sorte qu'il en résulte cet ensemble de phénomènes qu'on est convenu d'appeler épilepsie (3).

Supposons maintenant qu'on ignore le siége de la lésion locale dont il s'agit; ne devra-t-on pas présumer qu'elle existe? et

(1) *De la nature et du siége de la plupart des affections convulsives, comateuses, mentales, etc.,* 1828.

(2) *Journal de méd., de chirurg., etc.,* t. XII.

(3) Si l'on ajoute à ce que nous venons de dire la faculté qu'ont certaines personnes de simuler parfaitement les symptômes de l'épilepsie (on a vu, dit M. Esquirol, des conscrits simuler l'épilepsie pour être réformés du service militaire, des écoliers pour éviter d'aller en classe ; une jeune fille ayant su qu'on conseillait le mariage pour celles qui étaient épileptiques, feignit de l'être, et obtint le remède qu'elle désirait), ne serons-nous pas porté à tirer la même conclusion, c'est-à-dire qu'il n'y a pas une maladie essentielle qu'on puisse appeler épilepsie, mais seulement des phénomènes particuliers auxquels on a donné arbitrairement le nom dont il s'agit.

lorsque rien ne prouve que les fonctions cérébrales sont troublées sympathiquement, on est assez fondé à croire que c'est dans le cerveau lui-même qu'existe cette lésion, et que c'est là qu'il faut l'attaquer. Dans ce dernier cas, nous ne voyons point encore d'épilepsie essentielle. Ce cas, qui doit être assez fréquent, n'établit point, selon nous, l'existence d'une épilepsie idiopathique (1) ou cérébrale; nous ne voyons là que des symptômes épileptiques dépendant d'une lésion locale, mais d'une lésion qui ne mérite pas l'épithète idiopathique ou essentielle, parce qu'elle n'a pas de forme particulière et identique, parce qu'elle n'a pas un siége limité et reconnu dans tel ou tel point du cerveau ou de ses membranes, et à l'aspect desquels on puisse dire : voilà les traces d'une épilepsie, parce que cette lésion peut se présenter plusieurs fois chez des individus différents et chez le même individu sans développer de nouveau les phénomènes dont il s'agit; donc il n'y a pas d'épilepsie essentielle dans le sens qu'on attache généralement à ce mot, mais seulement des phénomènes épileptiques dont le nombre, l'intensité et la durée varient à l'infini suivant l'action des causes et suivant les idiosyncrasies individuelles ; donc il existe seulement des phénomènes épileptiques

(1) Nous pensons qu'au lieu de l'épithète essentiel (dont on est si porté à abuser que cela nuit aux progrès de l'art et à la connaissance des maladies), nous pensons qu'on ne devrait employer que celle d'idiopathique pour exprimer l'opposé de symptomatique ou de sympathique, en attachant toutefois au mot *idiopathique* l'idée d'une maladie ayant constamment son siége dans les organes dont les fonctions troublées constituent les principaux phénomènes. Il faudrait aussi que la maladie portât toujours le nom des organes dont il s'agit; de cette manière, l'on restreindrait beaucoup, il est vrai, l'application de l'épithète idiopathique, mais on s'entendrait mieux : ainsi, par exemple, on pourra dire d'une arachnitite, d'une pneumonite, d'une gastrite, qu'elles sont des maladies idiopathiques; il n'en sera pas de même de l'hystérie, du tétanos, de l'épilepsie, etc., dont les symptômes très variables peuvent être développés par plusieurs lésions différentes, et ayant leur siége dans des organes bien distincts les uns des autres; ces dernières maladies, devront, dans l'état actuel de la science, être considérées comme sympathiques ou symptomatiques. Dans le premier cas, il s'agit d'une lésion identique dans son siége et sa nature, c'est-à-dire d'une inflammation de l'arachnoïde, du poumon, de l'estomac. Que cette lésion soit primitive ou consécutive, qu'elle existe seule par elle-même, ou qu'elle ait été développée sous l'influence d'une autre maladie, toujours est-il vrai que ce sont constamment les mêmes organes énoncés qui sont le siége de la même lésion ou d'une inflammation. Dans le second cas, au contraire, les phénomènes qui constituent l'hystérie, le tétanos, l'épilepsie, bien qu'ils indiquent évidemment un trouble dans les fonctions cérébro-spinales, ne dépendent point d'une lésion identique et reconnue la même dans tous les cas; combien de fois ces phénomènes ne tiennent-ils pas à la lésion de tout autre

tout-à-fait analogues aux phénomènes convulsifs, délirants, ataxiques, comateux, et comme eux toujours symptomatiques d'une lésion organique très variable par son siége, sa nature et son intensité. Ce que nous venons de dire peut s'appliquer en grande partie aux convulsions, à la danse de Saint-Guy, à la catalepsie périodique dont nous rapportons des exemples sous les n[os] 376, 377 et 378.

Comme les maladies précédentes avec lesquelles ils ont beaucoup de rapport, le tétanos et l'hydrophobie peuvent présenter le type intermittent, comme on le voit sous les n[os] 372, 373, 374, 375, 407. La plupart des auteurs, parmi lesquels nous sommes surpris de compter M. Roche, soutiennent que l'hydrophobie est due à un virus particulier. Toutefois ils sont divisés d'opinion sur la manière d'agir de ce virus : les uns veulent qu'il soit absorbé et porté dans le torrent de la circulation d'où il influence tout le système nerveux ; les autres, tels que Pouteau, Leroux, Boudot, Perceval, Bouteille, Énaux et Chaussier, nient l'absorption de ce virus, et pensent qu'il agit seulement par son impression locale sur la plaie. En admettant cette dernière opi-

organe qu'à celle du cerveau et de la moelle épinière ! Ne peuvent-ils pas être occasionnés par une affection de la matrice et des organes de la génération, par une irritation particulière de la muqueuse digestive, ou bien par toute autre lésion locale qui peut, abstraction faite de son siége, développer les mêmes phénomènes que quand l'utérus et le cerveau sont eux mêmes le siége de cette lésion ? Dans ce dernier cas même, et quoiqu'après la mort d'une personne affectée d'épilepsie ou d'hystérie on rencontrerait des lésions dans le cerveau et la matrice, serait-on en droit d'en conclure l'existence d'une épilepsie *cérébrale*, d'une hystérie *idiopathique* ? puisque la même lésion du cerveau et de la matrice qui produit chez un individu les groupes de symptômes qu'on nomme épilepsie, hystérie, ne les développe pas chez un autre, et semble exiger une disposition particulière du malade, ou certaines influences organiques qu'il n'est pas facile de déterminer ; puisque la même lésion locale peut se reproduire cinquante fois avant de donner lieu une seconde fois aux phénomènes épileptiques et hystériques ; puisque cette lésion ne porte aucun type, aucun cachet particulier, qui puisse faire dire à l'observateur le plus attentif : voilà les traces matérielles d'une hystérie, d'une épilepsie, comme on dit voilà les traces d'un arachnitite, d'une pleurite, etc. Toutes les altérations organiques qu'on a découvertes jusqu'à ce jour dans le cerveau ou les membranes, dans la moelle épinière, dans les organes de la génération, à la suite de l'hystérie et de l'épilepsie, ne sont presque jamais les mêmes, et n'offrent absolument rien de particulier, même dans les épilepsies et les hystéries dites essentielles ou idiopathiques du cerveau et de la matrice ; les phénomènes qui les caractérisent, dans ce dernier cas, ne présentent non plus rien qui les distingue particulièrement des cas où ces maladies sont véritablement symptomatiques de la lésion de tout autre organe.

nion, qui paraît la plus rationnelle, il n'est point nécessaire d'avoir recours à l'existence d'un virus particulier pour se rendre compte des phénomènes de la rage, 1° parce qu'il est prouvé par des faits certains que d'autres lésions locales, que la morsure d'animaux non enragés, peuvent développer les phénomènes dont il s'agit; 2° parce qu'on a plusieurs fois essayé vainement d'inoculer le *virus rabique;* 3° parce qu'il suffit de modifier la lésion locale, ou de cautériser le lieu de la morsure, même plusieurs jours après l'accident, pour empêcher les effets de ce prétendu virus ou le développement consécutif des phénomènes nerveux et inflammatoires qui font périr les malades. Mais, objecte-t-on, comment expliquer sans virus la période d'incubation plus ou moins considérable qui sépare l'instant de la blessure et l'époque où se développent les symptômes de l'hydrophobie? Nous répondrons qu'il n'est pas donné à l'effet de toute cause de la suivre immédiatement. On a vu des coups, des chutes sur la tête ne produire que long-temps après le trouble des fonctions cérébrales et la paralysie. Il y a des piqûres profondes au bout des doigts qui ne semblent révéler leur effet funeste que vingt-cinq ou trente jours après qu'elles ont été produites; alors à quelques douleurs sourdes succèdent bientôt les signes qui indiquent l'existence d'un panaris, et parfois des symptômes généraux de fièvre, d'agitation, d'insomnie, de délire, etc. Dailleurs, quand on ne pourrait pas se rendre raison de la période d'incubation relative au développement de la rage, ne vaudrait-il pas mieux avouer son ignorance à cet égard, que de faire de nouvelles suppositions dont on ne peut pas davantage se rendre raison ; telle est celle qui fait sécréter aux glandes salivaires ou à la muqueuse qui tapisse le pharynx ou le larynx, un prétendu virus qui échappe à tous nos sens et à tous nos moyens d'analyse. N'est-il pas plus simple et plus rationnel de considérer les phénomènes hydrophobiques comme l'effet d'une irritation locale, fixée sur le lieu de la morsure, et réagissant d'une manière très prononcée sur tout le système nerveux cérébro-spinal et ganglionnaire? L'influence de l'irritation locale sur le cerveau dont les vaisseaux sont gorgés de sang après la mort, nous explique l'inquiétude, la tristesse, la recherche de la solitude, la défiance, l'agitation, les rêves sinistres des malades, puis ces accès plus ou moins fréquents de terreur profonde, de spasme, de délire, de tressaillement au moindre bruit, à l'aspect

de l'eau, des corps brillants; l'influence spéciale de la plaie sur le système nerveux rachidien et ganglionnaire nous fait concevoir le sentiment de constriction, de douleur et de chaleur qui de la gorge et du larynx se propagent au loin dans les voies aériennes et digestives où l'on rencontre presque toujours des traces d'irritation après la mort; puis cette agitation convulsive, et bientôt la paralysie des muscles qui servent à la déglutition et à la respiration, et d'où résulte la mort par asphyxie et non par l'action d'un virus délétère dont rien ne prouve l'existence.

Comme l'hydrophobie, le tétanos est presque toujours occasionné par une lésion locale qu'il suffit de traiter ou de modifier convenablement dans le principe pour éviter ce trouble sympathique, cet ébranlement général communiqué à tout le système nerveux, et en particulier à la moelle rachidienne d'où résultent les phénomènes caractéristiques de la maladie dont il s'agit. S'il est vrai que les mêmes causes, les mêmes lésions, les mêmes imprudences puissent, suivant les individus, développer tantôt des phénomènes hydrophobiques, tantôt des symptômes tétaniques, ne sera-t-on pas porté à reconnaître entre eux beaucoup d'analogie? Nous avons prouvé ailleurs l'analogie parfaite qui existe entre la tétanos et l'hydrophobie par le rapprochement des causes qui produisent ces deux maladies, par l'examen des principaux phénomènes qui les caractérisent, etc.; nous avons fait voir que les malades périssaient d'asphyxie dans l'une comme dans l'autre affection, par suite de l'influence nerveuse portée sur les deux centres nerveux rachidien et ganglionnaire. On conçoit que cette influence portée sur la moelle épinière ne se borne pas toujours à une irritation sympathique; cette irritation, d'abord secondaire, peut devenir la lésion principale; on conçoit aussi qu'elle puisse être primitive et idiopathique. L'un et l'autre cas rendent raison des lésions organiques trouvées après la mort sur la pulpe et les membranes rachidiennes chez des individus qui ont présenté à un très haut degré les phénomènes tétaniques et hydrophobiques; pour le tétanos, nous pourrions citer des observations recueillies par Bréra, Dupuytren, Barbier, Clot, Gendrin, Uccelli, etc.; pour l'hydrophobie, des faits observés par Sallin, Hufeland, Trolliet, Matthey, Robertd-Reid, etc. Le trismus des nouveaux nés peut tenir aussi à la lésion idiopathique des mêmes organes d'après l'expérience de Thompson à Philadelphie, et de Goëlis à l'hospice des Enfants-Trouvés de Vienne.

Tous ces faits sont des données sans doute très précieuses pour déterminer bientôt d'une manière plus générale et plus positive la nature et le siége du tétanos et de l'hydrophobie. Tout ce qu'on peut en conclure pour le moment, c'est que diverses nuances d'irritation inflammatoire et subinflammatoire de la moelle épinière et de ses membranes, donnent lieu quelquefois aux phénomènes tétaniques et hydrophobiques. Mais on n'en peut pas tirer la conséquence que ces phénomènes constituent une affection essentielle, *suî generis*, dont on puisse assigner nettement la place dans un cadre nosologique, parce que les faits dont nous venons de parler ne suffisent point pour les rattacher à une lésion idiopathique de la pulpe et des membranes rachidiennes. Il y a pour le moins un aussi grand nombre d'observations qui tendraient à faire donner le même siége à l'épilepsie, et cependant la plupart des auteurs sont plus portés à rattacher les phénomènes épileptiques à une lésion du cerveau ou de ses membranes qu'à celle de la moelle épinière. Tout ce qu'on sait d'une manière positive, c'est que l'irritation idiopathique et très souvent sympathique du système nerveux rachidien peut donner lieu aux phénomènes les plus variés et les plus remarquables, au nombre desquels peuvent se rencontrer les symptômes du tétanos et de l'hydrophobie, comme ceux de l'épilepsie, de la catalepsie et de tant d'autres.

Tout ce que nous venons de dire sur la nature et le siége de l'épilepsie, de l'hystérie, du tétanos, de l'hydrophobie, s'applique également aux diverses nuances d'aliénation mentale. Quand il s'agit d'une maladie caractérisée par le trouble plus ou moins complet, plus ou moins persistant, des fonctions intellectuelles; comment, disent plusieurs auteurs, peut-on en placer le siége ailleurs que dans le cerveau? A une telle objection on répond par les faits qui établissent le contraire. Nous ne voulons pas dire que le cerveau ne prenne point de part, par sa manière d'être et son organisation particulière, aux maladies dont il s'agit, puisque c'est le contraire que nous pensons; nous voulons dire que le premier élan, que la cause matérielle qui fait souffrir le cerveau et qui trouble ses fonctions, existe souvent ailleurs que dans les organes encéphaliques. Ainsi l'érotomanie est bien une maladie nerveuse, mais c'est la masturbation ou un état particulier des organes de la génération qui provoque ou entretient ce genre de susceptibilité morbide du système nerveux. D'ailleurs, pourquoi

n'en serait-il pas du trouble des fonctions intellectuelles comme de celui qui constitue la fièvre, lequel indique bien un trouble de la circulation du sang, sans avoir son siége dans le cœur ou sans être produit par la lésion de cet organe ?

On ne peut douter que les convulsions, le délire, puissent être le résultat d'une irritation très vive placée à l'extérieur du corps. Il est vrai que le délire occasionné par toute irritation extra-cérébrale n'est qu'un délire passager ; mais l'influence sympathique portée au cerveau peut, en se répétant ou en se prolongeant, devenir assez intense pour constituer l'affection principale ; cet effet est surtout à craindre quand la lésion primitive a son siége dans le canal digestif, parce que les influences sympathiques de cette dernière lésion sur le cerveau sont parfois tellement prononcées qu'elles développent consécutivement dans ce viscère des altérations assez considérables pour qu'elles puissent à leur tour, la lésion gastro-intestinale ayant disparu, entretenir le délire, le transformer en manie, et même conduire à la démence. Remontez à la source des convulsions, du délire, et parfois de la manie, surtout chez les enfants, vous découvrirez que ces phénomènes sont dus le plus souvent, soit à l'agacement ou à la compression des nerfs maxillaires au moment de la dentition, soit à une inflammation de la muqueuse digestive et à l'irritation occasionnée par la présence des vers. Tout le mal est bien alors dans le canal digestif, puisqu'il suffit de le combattre par les moyens convenables, de procurer l'expulsion des vers pour dissiper le délire, les convulsions et la manie, comme le prouvent plusieurs observations consignées, soit dans le Traité des maladies mentales de M. Esquirol, soit dans notre Mémoire sur la nature et le siége des maladies dont il s'agit. — Cherchez à découvrir les causes principales de la folie chez les jeunes gens de l'un et de l'autre sexe ; appliquez-vous à déterminer les organes où ces causes ont spécialement porté leur action dans le développement de la maladie qui nous occupe, vous trouverez que ce sont presque constamment les organes de la génération qui sont le siége de l'affection primitive, de la lésion matérielle qui entretient la folie, et vous trouverez en première ligne la masturbation, l'évolution difficile des règles, ou le retard, ou la suppression de cet écoulement. La folie n'a point ici son siége dans le cerveau, puisqu'il suffit de rompre ou de faire cesser des habitudes vicieuses, de déterminer l'évolution, le retour et la régularité des menstrues, pour dissiper à jamais le

trouble des fonctions intellectuelles. Cherchez encore à découvrir les causes de l'aliénation mentale chez beaucoup d'autres personnes, vous apprendrez que chez les unes cette maladie est survenue par l'impulsion particulière ou le changement survenu dans la matrice au moment de la conception. On rapporte plusieurs exemples de femmes qui ont été prises de manie chaque fois qu'elles sont devenues grosses; d'autres au contraire ont été guéries de la folie par le mariage et la grossesse. L'observation de manie intermittente tierce, rapportée sous le nº 392, et dont les accès ont été calmés après l'âge critique, ne semble-t-elle pas prouver que cette maladie tenait à un certain degré d'excitation de la matrice?

M. Castel rapporte deux faits dans lesquels la folie était occasionnée chez un des malades par une lésion du foie, et chez l'autre, par une affection du poumon. Il y a des exemples d'aliénation mentale occasionnée par une constipation prolongée, par une irritation gastro-intestinale, par le pica ou un appétit désordonné des boissons fortes, dont l'usage cause une aliénation plus ou moins marquée et durable. M. Prost a observé plusieurs faits de ce genre. M. Guislain a constaté que la phlegmasie des intestins grêles accompagnait très souvent la manie du suicide (1). J'ai vu, dit M. Esquirol (2), un militaire éprouver trois accès de manie après avoir pris chaque fois la maladie vénérienne. Une femme a eu deux accès après la même infection. Chez quelques femmes, l'accès éclate à chaque période menstruelle, à chaque grossesse, à chaque couche. Il y a des femmes qui deviennent maniaques chaque fois qu'elles allaitent ou qu'elles sèvrent. J'ai donné des soins à un jeune homme qui avait eu trois accès de manie à l'entrée du printemps; avant l'explosion du délire, la face de ce jeune homme se couvrait de dartres qui cessaient avec l'accès. L'ivresse ramène très souvent les accès. Une dame devient maniaque tous les ans; l'accès prélude toujours par les symptômes de la métrite.

De ce que nous venons de dire, qui n'est que l'expression de faits nombreux et authentiques, nous concluons que le groupe de phénomènes nerveux, que le trouble général ou partiel des fonctions intellectuelles qui constitue la folie est souvent symp-

(1) *Traité des phrénopathies*, Bruxelles, 1835.
(2) *Des maladies mentales*, t. II, 1838.

tomatique d'une lésion placée ailleurs que dans le cerveau. Nous concluons qu'une aliénation mentale quelconque peut être occasionnée par une irritation locale, par une lésion matérielle ayant son siége soit dans les organes de la génération, soit dans le canal digestif, soit dans quelque autre viscère des cavités abdominale et thoracique ; lésion ou irritation qui porte sur le cerveau des influences telles qu'il en résulte tous les divers troubles des fonctions intellectuelles appelés manie, hypocondrie, monomanie, mélancolie, panophobie, etc.

Les faits qui nous portent à tirer cette conclusion ont conduit des praticiens distingués à émettre des opinions plus exclusives touchant le siége de la folie ; les uns, tels que Tissot, Cabanis, le placent presque exclusivement dans les organes de la génération ; d'autres, comme Médicus, Prost, ont soutenu que le siége de la maladie dont il s'agit était le plus souvent dans les organes digestifs. Nous pensons que la folie n'a pas plus un siége exclusif ou habituel dans les organes génitaux et digestifs, que l'hystérie n'a le sien constamment dans la matrice ; nous croyons que la folie n'a pas plus exclusivement son siége dans le cerveau que l'épilepsie, le tétanos et l'hydrophobie. Nous sommes persuadé que toute aliénation mentale dépend d'une irritation ou d'une lésion quelconque ayant son siége très souvent dans le cerveau et ses membranes, souvent dans les organes génitaux et digestifs, quelquefois dans d'autres viscères, et même à l'extérieur du corps, vu les fréquentes relations sympathiques de la peau avec les organes cérébro-rachidiens.

L'expression vague de *folie* n'apprend rien, et ne nous donne pas plus l'idée d'une maladie spéciale et identique, qu'une simple accélération du pouls n'établit une fièvre essentielle, inflammatoire, gastrique et autres, pas plus qu'une simple dyspnée ne nous fait connaître une péripneumonie. Le mot folie indique seulement un trouble dans l'exercice de la pensée, tout comme les mots *fièvre*, *dyspnée*, indiquent un trouble dans la circulation du sang, dans la respiration. Il n'y a pas plus de folies essentielles qu'il n'y a de dyspnées, et qu'il n'y a aujourd'hui de fièvres essentielles, parce qu'on ne peut plus admettre en pathologie des êtres purement abstraits ou imaginaires ; parce que si l'être qui pense en nous est inaltérable par lui-même, il ne peut agir qu'avec des organes et qu'au moyen des organes ; et quand ceux-ci éprouvent des modifications idiopathiques ou sympathi-

ques, il en résulte un changement vicieux, un trouble quelconque dans l'exercice de leurs fonctions ; de la même manière que, malgré sa force motrice qui existe toujours, le ressort d'une montre n'en fait plus mouvoir l'aiguille qui indique les heures du moment qu'un seul rouage est dérangé. Ainsi donc les causes de la folie, comme celles de toute autre maladie, en dernier résultat, portent toujours leur action sur des organes; elles agissent ou sur le cerveau lui-même, ou sur d'autres organes qui sympathisent avec lui; les causes morales elles-mêmes, comme les émotions vives de joie, de douleur, de surprise, les ennuis, les chagrins, les contrariétés, etc., portent à la fois leur action sur les centres nerveux cérébro-spinal et ganglionnaire. Interrogez la personne qui vient d'éprouver une émotion vive de joie ou de douleur; dans le premier cas, elle éprouve un sentiment de bien-être, d'épanouissement et de dilatation qu'elle rapporte au creux de l'estomac ou au centre nerveux de la vie organique; tandis que dans le second cas elle se plaint d'un resserrement au centre épigastrique, parfois d'une espèce de suffocation et d'étouffement qui semble partir de l'estomac pour monter dans la poitrine, au cou, à la gorge, etc. De tout temps les médecins les plus célèbres ont reconnu l'influence très grande qu'exercent sur les principaux organes de l'économie, et en particulier sur les organes digestifs, toutes les affections morales vives, surtout les ennuis et les chagrins prolongés. Les causes morales sont donc loin d'agir uniquement sur le cerveau, comme on l'a dit; le plus souvent, au contraire, elles vont retentir avec autant d'énergie au centre épigastrique, et par suite dans les organes qui reçoivent le plus de filets nerveux du plexus solaire, et où va s'épanouir le nerf pneumo-gastrique. Aussi les recherches d'anatomie pathologique qui ont été faites touchant les aliénations mentales ont-elles fait voir des lésions, soit dans les organes digestifs, soit dans le cerveau et ses membranes, soit dans les organes de la génération, etc.; et si, dans plusieurs cas, on n'a point trouvé de lésion organique sur le cadavre des aliénés, peut-on en conclure qu'il n'y en avait pas? N'est-ce pas plutôt parce qu'on n'a pas su la découvrir, ou parce qu'on ne s'est pas donné la peine de la chercher, qu'on ne l'a point trouvée ? En effet, combien de fois ne se contente-t-on pas en pareilles circonstances d'ouvrir le crâne, et d'observer superficiellement le cerveau et ses membranes! Combien de fois ne néglige-t-on pas d'observer les viscères

abdominaux, tandis que c'est dans l'estomac, les intestins, le foie, la matrice, qu'il faut chercher, et qu'on trouve bien souvent la lésion locale qui développe sympathiquement le trouble partiel ou général des fonctions intellectuelles! Mais cette lésion ne varie pas seulement par son siége, elle varie encore dans sa forme et sa nature, de telle sorte qu'il est impossible en la voyant de prononcer à quelle nuance d'aliénation mentale ou à quelle névrose elle appartient. Ceux mêmes qui placent le siége de cette altération organique exclusivement dans le cerveau, ou bien se contentent de l'indiquer d'une manière vague et générale dans la masse encéphalique, sans indiquer en quoi elle consiste, sans rechercher dans quel point du cerveau et de ses membranes pourrait être ce siége en particulier pour tel ou tel genre d'aliénation mentale; ou bien s'ils s'occupent de cette recherche, ils ne s'accordent point à cet égard : les uns indiquent des ramollissements, les autres des indurations de la pulpe cérébrale ; les uns veulent cette lésion dans la substance grise, externe ou corticale, les autres dans la substance blanche ou interne; plusieurs autres soutiennent qu'il n'y a de lésion sensible que dans les membranes cérébro-rachidiennes, principalement dans l'arachnoïde, comme dans le délire, les convulsions et dans la manie aiguë. Ce qu'il y a de certain, c'est que les altérations qu'on rencontre dans le cerveau et ses membranes à la suite des aliénations mentales, loin d'être constantes, ne se présentent pas deux fois de la même manière et escortées de la même nuance de symptômes cérébraux, ou des phénomènes convulsifs, délirants ou maniaques; elles n'offrent aucun cachet particulier qui puisse faire dire en les voyant : voilà les traces de la manie, de l'hypocondrie, de la démence, etc.; bien plus, il n'est pas rare de rencontrer ces mêmes lésions chez des individus qui n'ont jamais présenté aucune nuance d'aliénation mentale. De toutes les données de l'anatomie pathologique, on peut conclure, dit M. Esquirol, qu'il y a des folies dont la cause immédiate échappe à nos moyens d'investigation; que la folie dépend d'une modification inconnue du cerveau; qu'elle n'a pas toujours son point de départ dans le cerveau, mais bien dans les *foyers de sensibilité placés dans les diverses régions du corps*.

Comment se fait-il donc que telle irritation locale, telle lésion matérielle du cerveau et de ses membranes, ou des organes génitaux, digestifs, biliaires, qui chez un individu développe

des symptômes d'encéphalite, d'arachnitite, de métrite, de gastro-hépatite, de gastro-entérite, produise chez un autre des symptômes convulsifs, délirants, des symptômes d'hydrophobie et d'épilepsie; tandis que chez un troisième, un quatrième, il en résultera des symptômes d'hypocondrie, de démence, de monomanie? Pourquoi la suppression des menstrues, l'excès des plaisirs de l'amour, qui chez une femme produisent des symptômes d'hystérie, chez une autre développent-ils la manie, la nymphomanie? Nous ne répondrons à ces questions que par l'aveu de notre ignorance; elles renferment un problème qu'il ne nous sera peut-être jamais donné de résoudre, parce que cette solution tient à des dispositions individuelles, à des secrets d'organisation presque toujours impénétrables. Mais des faits existent, et sans en rechercher la cause première, contentons-nous de noter les causes occasionnelles, alors même qu'elles ne sont pas toujours en rapport avec leurs effets; essayons de nous rendre compte des phénomènes qui les caractérisent de la manière la plus satisfaisante, et qui se concilie le mieux avec les altérations organiques trouvées sur les cadavres. Car tout ce qu'on sait de positif touchant le mode d'action des causes, c'est qu'il peut être modifié dans ses résultats suivant l'âge, le sexe, et la constitution particulière des malades. Ainsi telle cause, la répercussion subite d'un exanthème, par exemple, qui chez un enfant développe des symptômes de convulsions, chez un adolescent produira de préférence le délire, la manie; dans l'âge mûr, l'hypocondrie; dans la vieillesse, l'apoplexie, la démence, la paralysie. La suppression des règles qui, chez une jeune personne, produit l'hystérie, la nymphomanie; chez une femme de trente-huit à quarante ans donne lieu à des accès de monomanie, de lypémanie. Mais, indépendamment de l'âge et du sexe, il y a des causes dont l'action paraît être la même, et qui chez deux individus également constitués développent sans qu'on sache pourquoi, ni comment, des groupes de symptômes différents: l'un devient épileptique, tandis que l'autre, sous l'influence des mêmes causes, tombe dans l'hypocondrie, la manie. On ne voit pas que les partisans de la *nervosité essentielle* et des *êtres morbides spéciaux* soient plus heureux que les médecins physiologistes, et qu'ils puissent, malgré la subtilité de leurs hypothèses, se rendre compte des faits dont il s'agit; aussi nous abstiendrons-nous de parler des prétendus *états d'éréthisme et d'atonie du*

système nerveux, imaginés par Grimaud, et ressuscités dans ces derniers temps pour établir une espèce de théorie des névroses *essentielles;* nous avouons de bonne foi que nous n'avons rien compris à cette théorie, et qu'il n'est pas donné à tout le monde de reconnaître des maladies toutes sentimentales, et dans lesquelles il n'y a rien de matériel, rien qui tombe sous les sens de l'anatomiste. Nous dirons avec M. Esquirol que nous n'entendons rien à la dénomination de *folies idéales;* que nous ne comprenons pas ce qu'on veut dire par *folies intellectuelles*, par *folies mentales*, en ce sens qu'on veut faire résider la folie uniquement dans le trouble des idées, dans la perversion des fonctions intellectuelles.

On voit, d'après les faits que nous avons rapportés et tout ce que nous venons de dire, combien le diagnostic de la plupart des affections convulsives et mentales est difficile à une époque où l'on n'a encore pour les représenter que des noms insignifiants, et qui ne nous apprennent rien touchant leur nature et leur siége; quand on n'a pour les caractériser que des phénomènes de réaction ou de sympathie; quand ces phénomènes sont susceptibles de varier d'un accès à l'autre, comme dans les observations sous les nos 382, 391, et quand le même accès peut présenter successivement (1) plusieurs physionomies morbides différentes, telles que l'hystérie, le tétanos, la manie, comme dans l'observation sous le no 409. On conviendra de l'énorme et parfois de l'invincible difficulté d'arriver à la découverte de l'organe ou des tissus primitivement affectés; et puis quand on a fait cette découverte, ne reste-t-il pas encore à reconnaître la nature de la lésion locale? Car ce n'est pas assez de savoir que les fonctions de tel ou tel organe sont troublées, il faut encore savoir en quoi consiste ce trouble, et d'où il provient, s'il tient à une lésion idiopathique ou sympathique, et quelle est la nature inflammatoire, nerveuse ou subinflammatoire de cette lésion. Les agents physiques et moraux, quels qu'ils soient, en dernier résultat modifient des organes, et quand il survient un trouble dans les fonctions intellectuelles, dans l'action des muscles soumis à la volonté, c'est parce que les organes qui président à ces fonc-

(1) On trouve dans le tome XIV du *Journal de méd. chirurg.*, etc., l'exemple d'un militaire qui présenta successivement des accès d'épilepsie, puis tantôt des accès de délire, tantôt des symptômes d'hydrophobie.

M. Esquirol dit qu'il n'est pas rare de voir la manie alterner chez le même malade avec la phthisie, l'hypocondrie, la lypémanie.

tions ont été lésés, modifiés, ou influencés d'une manière vicieuse. Mais il s'en faut bien que le véritable siége du mal soit toujours là d'où proviennent les phénomènes morbides, quelque saillants qu'ils paraissent dans certaines circonstances ; l'expérience n'a-t-elle pas appris et ne confirme-t-elle pas tous les jours le contraire? Combien de fois le délire et les convulsions ne tiennent-ils pas à l'irritation de l'estomac et du canal intestinal, et même à certaines lésions externes visibles et incontestables! Or, dans ces cas, le cerveau et la moelle épinière ne sont pas altérés dans leur structure; leurs fonctions ne sont troublées que sympathiquement. Quelque nom que porte une maladie, quelque rang qu'elle occupe dans un cadre nosologique, lorsqu'elle n'est établie que sur un groupe de symptômes très variables et susceptibles d'être produit tour à tour par la lésion de plusieurs organes différents, elle ne nous semblera jamais devoir constituer une maladie particulière, identique ou essentielle. On conviendra sans doute que le délire, les convulsions, se trouvent parfaitement dans ce cas; on conviendra qu'il n'y a pas de maladies essentielles et existant par elles-mêmes, auxquelles on puisse donner les noms dont il s'agit, mais qu'il existe seulement des phénomènes convulsifs, délirants, qui peuvent survenir dans une infinité de circonstances différentes et accompagner la plupart des affections aiguës, lorsqu'elles arrivent à leur plus haut degré, surtout chez les enfants (1) et les adultes très irritables. Hé bien! nous croyons devoir conclure d'après tous les faits que nous avons rapportés et d'après tout ce que nous avons dit, qu'il en est absolument de même des différents groupes de symptômes qui constituent l'hystérie, l'épilepsie, le tétanos, l'hydrophobie, la chorée, l'hypocondrie, la manie, etc. Il importe, dans l'état actuel de la science, et pour provoquer de nouvelles et utiles recherches, de reconnaître franchement qu'il n'y a pas de maladies particulières, d'affections organiques reconnues et identiques auxquelles on puisse donner les noms dont il s'agit, mais qu'il y

(1) L'observation a appris aux médecins qui traitent beaucoup d'enfants qu'il n'est pas rare de voir ces malades présenter des convulsions générales ou partielles, une roideur tétanique, d'autres fois un collapsus assez marqué pendant le cours d'une maladie grave et étrangère à l'encéphale, et le plus souvent peu de temps avant la mort, sans qu'à l'examen du cadavre les recherches les plus exactes puissent faire découvrir quelque lésion de l'encéphale ou de ses enveloppes. (Senn, *Recherches anatomico-pathologiques sur la méningite aiguë des enfants*, 1825.)

a seulement des phénomènes hystériques, épileptiques, tétaniques, cataleptiques, maniaques, etc., susceptibles d'être développés par un grand nombre de lésions locales différentes dont le siége et la nature n'ont rien de fixe, que le médecin prudent et observateur doit rechercher dans tout l'organisme, et reconnaître sous les formes pathologiques les plus variées ; il se livrera à cet examen avec d'autant plus de soins que de là doit résulter un diagnostic plus ou moins sûr, et un traitement plus ou moins méthodique et efficace.

Mais il ne faut pas oublier qu'en se répétant un certain nombre de fois, chacun des groupes de symptômes dont il s'agit peut déterminer une altération durable dans les mêmes organes dont les fonctions ne sont troublées que sympathiquement dans le principe (1) ; aussi tous les praticiens s'accordent-ils à dire que la plupart des hystéries, des épilepsies, des aliénations mentales, finissent par conduire les malades à la paralysie et à des démences incurables (2). En effet, sous quelques formes variées et bizarres que se présentent les névroses en général, quelles qu'en soient les causes matérielles, ou quels que soient les organes lésés d'où partent des influences sympathiques sur le cerveau et la moelle épinière, en un mot, quelles que soient les diverses lésions dont elles ne sont que des symptômes secondaires, toujours est-il constant que ces symptômes constituent un trouble plus ou moins complet, plus ou moins durable des fonctions cérébrales et rachidiennes; on ne doit donc pas être étonné que des retours plus ou moins fréquents, et que la durée plus ou moins grande de ces troubles, même lorsqu'ils sont purement sympathiques, finissent par amener peu à peu des changements dans la structure et l'organisation de tissus aussi mous, aussi délicats que le sont ceux du cerveau, de la moelle épinière et de leurs membranes. Cela explique pourquoi l'on trouve presque toujours des altérations plus ou moins remarquables dans les organes encéphaliques et rachidiens, sur les cadavres des épilep-

(1) Chez deux maniaques qui avaient succombé à une mort violente peu de temps après avoir été atteints de cette maladie, on ne trouva, dit M. Esquirol, aucune lésion dans les organes cérébraux.

(2) Il résulte de relevés faits à l'hôpital de la Salpêtrière, que le plus grand nombre des épilepsies anciennes, quelles que soient leurs causes, se changent en démences incurables. On sait qu'à Charenton, un sixième des malades est atteint de paralysie, et que la plupart de ceux qui périssent, présentent, peu de temps avant leur mort, des symptômes de paralysie.

tiques et des aliénés qui succombent dans les hôpitaux, où ils ne sont guère conduits et laissés à demeure que quand on a déjà presque épuisé tous les moyens de l'art, et quand ces maladies durent depuis long-temps, quand la démence et la paralysie existent ou sont prêtes à se développer. C'est alors, comme l'ont prouvé MM. Calmeil et Foville, qu'on trouve presque toujours une inflammation chronique des méninges, leur adhérence entre elles et le cerveau dont la substance corticale présente aussi une couleur et une consistance particulières.

Indépendamment des névroses dont nous venons de parler, et qui n'ont aucun siége fixe et bien déterminé, il y en a d'autres qui portent directement les noms des organes qu'elles affectent, telles que les névroses de l'appareil respiratoire et du système digestif. Ce n'est pas sans raison que M. Broussais a beaucoup restreint le nombre de ces névroses. En devenant organique et matérielle, la médecine devait faire justice de cette série incalculable de névroses admises par Cullen et ses nombreux imitateurs. On sait aujourd'hui à quoi s'en tenir sur un grand nombre de toux, de dyspnées, d'angines de poitrine, d'asthmes, de spasmes du larynx et de la trachée, de palpitations du cœur, de gastralgies et d'entéralgies dites *nerveuses et es entielles*. Tous les vrais praticiens ont reconnu combien étaient nuisibles tous ces stimulants prodigués sous le nom d'*antispasmodiques*, de stomachiques, dans les cas de dyspepsie, de boulimie, de crampes d'estomac, de pyrosis, de cardialgie, d'hypocondrie, de coliques nerveuses, de vomissements spasmodiques, etc. Les partisans de la nervosité essentielle se récrient fortement contre la doctrine physiologique, qui, disent-ils, veut bannir de la pathologie toute espèce de névrose! C'est une erreur. Le médecin physiologiste ne rejette que les hypothèses et les abstractions; il rejette les névroses essentielles, ou tenant à un état général d'atonie du système nerveux, parce qu'il ne conçoit pas de maladies sans lésions organiques, et parce que les faits qu'on lui donne pour des maladies nerveuses *simples* ne peuvent être soumis à l'analyse physiologique sans qu'on y découvre le plus souvent une nuance d'inflammation ou de subinflammation aiguë ou chronique (1); quelquefois une lésion dans laquelle l'irri-

(1) Il nous serait facile de citer beaucoup d'exemples de maladies regardées comme des *névroses*, et qui offrent tous les symptômes d'une inflammation chronique ou d'une subinflammation de la muqueuse digestive. Nous n'en

tation prédomine dans le système nerveux de certains organes, particulièrement dans les expansions nerveuses disséminées avec profusion à la surface de la muqueuse digestive, et qui la rendent douloureuse ou seulement plus sensible, plus impressionnable, même à ses stimulants naturels; comme dans certains cas de vomissements, de coliques, de cardialgie, de dyspepsies, dans lesquels cette membrane ne peut plus rien supporter sans manifester un surcroît de souffrance, de contraction et d'irritabilité extraordinaire. Ainsi nous croyons avec Bichat qu'il y a des coliques essentiellement nerveuses qui sont indépendantes de toute affection locale des systèmes séreux, muqueux et musculaire des intestins; ces coliques résident naturellement dans les nerfs des ganglions semi-lunaires qui se répandent dans tout le trajet des artères abdominales. Elles sont de véritables névralgies du système nerveux de la vie organique, etc. C'est également au genre de lésions dont il s'agit qu'il faut rapporter le fait observé par Lobstein, d'une femme qui avait eu des vomissements périodiques très violents pendant plusieurs mois, et à l'autopsie de laquelle ou trouva le ganglion semi-lunaire d'une

choisirons qu'un entre plusieurs autres analogues, pour prouver que les partisans de la *nervosité* ne sont pas trés difficiles dans le choix de leurs *entéralgies :* « Un homme d'environ trente ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une taille très élevée et d'une corpulence grêle, est venu me consulter l'un des premiers jours de mai 1827. Il était malade depuis cinq années; sa maladie consistait dans une violente douleur abdominale qui se manifestait, presque tous les jours, cinq ou six heures après les repas, et dans un dévoiement continuel, composé de matières aqueuses et glaireuses; il n'y avait point de fièvre, ni de soif, et l'appétit était toujours plus fort qu'en bonne santé. De l'ennui, du découragement, des inquiétudes chimériques, en un mot une véritable hypoconderie, accompagnaient l'affection du bas-ventre, etc. » Voilà les principaux traits d'une *entéralgie* d'après M. Barras, Nous citons ce fait entre plusieurs autres, parce qu'il présente, selon nous. une irritation subinflammatoire de la muqueuse intestinale dont les redoublements quotidiens ont quelque analogie avec ceux sous types tierce et quarte, observés sous les nos 351, 353 et 354.

« Si l'on me demandait, dit M. Barras, pourquoi certains cas d'entéralgie » s'accompagnent de dévoiement aqueux et glaireux, je répondrais que ce » phénoméne est dû à la même cause qui fait que certaines gastralgies sont » accompagnées de vomissements composés de pareilles matières, c'est-à- » dire, à ce que les intestins *nerveusement affectés peuvent, comme l'esto- » mac, devenir le siége d'une sécrétion vicieuse plus ou moins abondante, » et à ce qu'ils ont aussi de la peine à digérer les liquides qui pénètrent » dans leur cavité.* »

En voilà sans doute assez pour donner une idée de la théorie adoptée dans le *Traité des gastralgies et des entéralgies*!

couleur rouge très intense. Les affections morales vives, l'abus ou seulement l'usage de quelques boissons, de certains aliments, l'influence de certaines constitutions atmosphériques, peuvent produire les effets dont il s'agit chez des persoenes nerveuses et très irritables. Nous voyons sous les n°s 401 et 408 l'usage du punch et de l'eau-de-vie développer des accès d'épilepsie. Il y a des individus qui ne peuvent respirer l'air de certaines vallees sans être pris subitement d'un accès d'asthme; d'autres ne font point usage de certains aliments sans être attaqués aussitôt de pyrosis, de cardialgie, de hoquets, de vomissements, et parfois de mouvements convulsifs; c'est ainsi que l'anatomiste Gavard ne pouvait manger certains fruits, et particulièrement des pommes, sans être atteint de convulsions. Nous connaissons une dame qui ne peut jamais manger des fraises sans être prise de vomissements violents et de cardialgie; il y a des personnes à qui le lait cause promptement des coliques et des selles en diarrhée. Combien d'autres idiosyncrasies organiques dont on ne tient pas compte ou auxquelles on ne fait point attention et qui pourraient servir à expliquer le mode d'action si différent de certaines causes morbides, comme aussi de certains remèdes suivant les individus qui s'y trouvent soumis! L'irritabilité extrême de la muqueuse digestive, comme de tout autre organe, peut succéder à une phlegmasie combattue trop vigoureusement par des émissions sanguines fréquemment répétées, et une diète sévère long-temps prolongée; les organes, privés pendant un temps plus ou moins long de leurs stimulants naturels, présentent, même après que la phlegmasie est dissipée, ou conservent une susceptibilité abnormale semblable à celle produite sur les yeux, les oreilles, par une obscurité et un silence prolongés; une lumière et un son ordinaires ne peuvent alors frapper ces organes sans les blesser vivement; il faut qu'ils soient rendus peu à peu et graduellement à leurs stimulants naturels. Il en est de même des organes digestifs dans les cas dont nous venons de parler. Mais, s'il peut arriver que la méthode antiphlogistique, poussée trop loin dans certains cas de gastrite ou de gastro-entérite chronique, provoque des névroses de la muqueuse digestive, on conviendra que cet effet, qui est d'ailleurs assez rare, est bien moins redoutable que celui qui résulte d'un mode de traitement diamétralement opposé, parce que ce dernier conduit à des lésions locales, à des altérations organiques profondes qu'il n'est

plus possible de réparer ; tandis que la susceptibilité, la faiblesse générale et l'irritabilité partielle, suites du premier mode de traitement, peuvent être facilement réparées, et les fonctions digestives reprendre ensuite une force et une activité plus énergiques même qu'auparavant.

S'il est démontré pour tout médecin physiologiste que la plupart des gastralgies, des coliques, des entéralgies, des toux, des angines de poitrine et des asthmes périodiques, regardés jadis comme des névroses, sont dues à des phlegmasies chroniques des membranes muqueuses digestive et pulmonaire, à certaines affections organiques du cœur et des gros vaisseaux ; cette opinion, basée sur la majorité des faits, ne nous empêche point d'admettre ceux dans lesquels le système nerveux paraît jouer le principal rôle, comme dans les observations de toux, d'asthmes, de gastralgies, d'entéralgies ou de coliques intermittentes que nous rapportons sous les n°s 383, 384, 385, 386, 387, 394, 399 et 402. Il y a certains cas d'hystérie dans lesquels les symptômes se prononcent et se dessinent si bien tout le long du nerf pneumo-gastrique, et se répètent avec tant de régularité par le trouble successif et constant des organes auxquels il se distribue, qu'on ne peut guère se refuser d'attribuer à la lésion de ce nerf la production des phénomènes hystériques. Les faits de ce genre n'excluent point ceux, peut-être plus nombreux encore, dans lesquels les phénomènes hystériques sont manifestement occasionnés par une inflammation de la matrice ou du canal digestif ; on ne peut douter, par exemple, que les cas d'hystérie, ou plutôt que certains phénomènes hystériques, observés par Tissot dans l'épidémie de fièvre bilieuse de Lausanne, ne fussent dus, comme la fièvre elle-même qu'ils accompagnaient, à la lésion inflammatoire de la muqueuse digestive. Nul doute aussi que les symptômes épileptiques fréquemment observés par Lanzoni et Baglivi, dans des épidémies de fièvres pernicieuses et mésentériques, ne fussent dus à des gastro-entérites.

Un caractère particulier et assez ordinaire des névroses périodiques en général, c'est d'exister ou de se renouveler par accès plus ou moins rapides et sans fièvre ; cependant il n'est pas rare que les accès les plus intenses débutent par un frisson fébrile. Cela s'observe principalement quand ce sont les organes digestifs qui sont eux-mêmes le siége de la lésion organique qui développe les phénomènes nerveux hystériques, convulsifs, hypocondria-

ques, etc. Ce sont de semblables exemples de névroses intermittentes fébriles qui ont fourni l'idée à quelques auteurs d'en profiter pour établir de nouvelles espèces de fièvres pernicieuses sous les noms de fièvres intermittentes, *épileptiques*, *convulsives*, *délirantes*, *comateuses*, comme nous en avons vu des exemples sous les n°s 151, 157, 159, 160, 177, 203, 219, 232, 233, 237, 238, etc., et même de fièvres pernicieuses *hydrophobiques*, comme nous le verrons bientôt.

Les irritations nerveuses des viscères peuvent se présenter sous tous les types connus d'intermittence, il n'y a pas de type qu'elles choisissent de préférence, il est seulement d'observation qu'elles peuvent se répéter à des époques beaucoup plus rapprochées que les autres espèces d'irritations intermittentes, comme deux ou trois fois, et même six, huit et dix fois par jour ; il n'est pas rare aussi qu'elles restent plusieurs jours, une ou deux semaines, un ou plusieurs mois, avant de se manifester de nouveau. « L'intermittence est plus fréquente dans la manie que dans les autres folies, dit M. Esquirol; la manie intermittente affecte le type quotidien, tierce ou quarte ; les accès reviennent aussi tous les huit jours, tous les mois, tous les trois mois, deux fois l'année, tous les ans, etc. » Les affections nerveuses périodiques peuvent quelquefois changer de type d'intermittence, mais il est rare qu'elles en présentent successivement plusieurs différents, comme les fièvres intermittentes ; le plus souvent elles se terminent avec le type qu'elles ont eu dès le principe, ou si elles en changent, ce n'est qu'après être restées quelque temps irrégulières dans leur marche.

Il n'y a rien de fixe pour le nombre d'accès que peuvent présenter les névroses périodiques internes. La durée de leurs accès, considérée d'une manière générale, varie de quelques minutes à plusieurs heures ; il est rare que leurs accès se prolongent aussi long-temps que la plupart des inflammations et subinflammations intermittentes. La durée et l'intensité des accès de la même névrose peuvent bien présenter quelques différences en plus ou en moins, mais il est rare qu'elles soient très considérables. L'intermission ou l'intervalle de temps qui sépare les accès des irritations intermittentes nerveuses des viscères est presque toujours pour les malades un temps de repos et de calme parfait ; ils n'éprouvent le plus souvent rien qui leur rappelle le précédent accès et qui leur fasse redouter le suivant.

Les affections nerveuses périodiques internes, comme celles que nous avons observées à l'extérieur du corps, peuvent se remplacer réciproquement et alterner entre elles. Mais, comme pour toutes les irritations intermittentes en général, ce ne sont presque jamais que des affections de même nature qui ont coutume de se remplacer ainsi par une espèce de mouvement critique. C'est cette loi, presque constante dans l'histoire des irritations périodiques, qui nous a décidé à placer ici l'exemple de toux intermittente quotidienne, observée par M. Chomel, sous le n° 383; outre que les phénomènes nerveux de cette toux sont pour le moins aussi tranchés que les symptômes inflammatoires, l'espèce de déplacement et d'alternative qu'elle éprouve avec des accès d hystérie ne semble guère laisser de doute sur son caractère nerveux; car, quelle qu'en soit la cause, cette alternative d'accès de toux et d'accès hystériques prouve chez la malade une grande mobilité nerveuse, et, par suite, l'identité de nature de l'une et de l'autre affection dont il s'agit Il peut d'ailleurs arriver que la même affection présente successivement des phénomènes nerveux différents; c'est ainsi qu'on voit, sous le n° 408, des phénomènes hystériques et tétaniques se transformer très promptement en symptômes maniaques bien caractérisés. Un accès de mélancolie ou d'hypocondrie très prononcé n'est pas loin d'arriver à un accès de manie ou de lipémanie; les accès très violents d'épilepsie, selon la remarque de M. Esquirol, se terminent souvent par un état de manie, quelquefois même avec fureur. Sur quatre cents épileptiques que nous avons à la Salpêtrière, dit-il, cinquante au moins sont maniaques après l'accès. La manie des épileptiques n'est pas de longue durée; elle se termine tantôt après quelques heures, tantôt après trois, quatre et huit jours.

Le pronostic des névroses périodiques n'est pas en général très fâcheux; elles sont, toutes choses égales d'ailleurs, beaucoup moins à redouter que les mêmes affections sous le type continu; mais ce pronostic varie beaucoup selon la nature et le mode d'action des causes; selon l'âge, le sexe et la constitution des individus; selon l'intensité des phénomènes épileptiques, convulsifs, maniaques, hydrophobiques, etc.; et surtout, selon la nature et le siége de la lésion locale qui les provoque. Quand les phénomènes épileptiques ou maniaques dépendent d'une lésion cérébrale, suite d'une chute, d'un coup à la tête, d'une af-

fection morale vive, comme la frayeur, la colère, la jalousie; tous les auteurs s'accordent à porter un pronostic fâcheux et à ne voir que peu de chances de succès dans l'emploi des moyens qu'on peut leur opposer; il n'en est pas de même quand la lésion n'existe pas primitivement dans le cerveau : les faits et l'expérience prouvent que le pronostic n'est point mauvais, lorsque les phénomènes hystériques, monomaniaques, épileptiques, etc., dépendent d'une lésion placée à l'extérieur du corps ou à l'intérieur, dans quelques points où l'on peut facilement l'atteindre; mais, dans tous les cas, le danger du pronostic dépend beaucoup de la durée ou de la répétition des accès maniaques ou épileptiques, parce que cette répétition de trouble et de suspension des fonctions intellectuelles et cérébro-spinales finit constamment par modifier d'une manière vicieuse les organes encéphaliques et rachidiens, ou bien elle imprime à leurs fonctions une disposition si grande à être dérangées par la moindre cause que les accès dont il s'agit deviennent très opiniâtres, et le plus souvent résistent à tous nos moyens curatifs; il ne suffit plus alors, pour la guérison des malades, de modifier ou de détruire la lésion locale, cutanée, génitale, utérine, gastro-intestinale ou autre, qui en fut la cause primitive; c'est souvent parce qu'on n'a pas découvert et attaqué cette lésion lorsqu'il en était temps encore, que la maladie est devenue incurable. La manie, dans son état de simplicité, est rarement funeste. Les maniaques, dit M. Esquirol, ne meurent pas de l'affection cérébrale, ils meurent de la fièvre typhoïde, ataxique-cérébrale, de la phthisie pulmonaire, des convulsions épileptiformes, etc.

Causes. — Dans la discussion à laquelle nous nous sommes livré touchant la nature et le siége de la plupart des névroses, déjà nous avons fait connaître un grand nombre de leurs causes déterminantes; il nous reste à indiquer les causes prédisposantes et efficientes communes à toutes les névroses périodiques en général : ce sont un tempérament nerveux, une constitution faible, sèche, irritable; une susceptibilité morale très grande; toutes les affections vives de l'âme, les passions violentes, les fortes contentions d'esprit, l'excès dans l'usage des plaisirs de l'amour, comme sous le nº 393, des liqueurs alcooliques (1), comme sous

(1) M. Esquirol parle d'une jeune dame qui a été conduite plusieurs fois à Charenton, à la suite d'abus de vins et de liqueurs qui la jettent dans une ivresse maniaque, dont les effets persistent plus ou moins long-temps.

les nos 401 et 408; des narcotiques, etc.; des plaies par piqûre, déchirure, morsure, la carie des dents, les crises de la dentition, la présence des vers ou d'un corps étranger quelconque dans le canal digestif, dans les reins, etc.; la masturbation; des hémorrhagies répétées et abondantes; certaines dispositions ou variations brusques dans la constitution atmosphérique; le retard, la suppression ou l'évolution pénible et difficile des règles, comme dans les observations sous les nos 407, 409 et 410; un état chlorotique, la répercussion rapide d'un exanthème, la suppression de quelque évacuation habituelle sanguine ou autre, d'un exutoire quelconque existant depuis un certain temps. L'empoisonnement par certaines substances, comme l'asarum, la noix vomique, et surtout l'amande du tanguin de Madagascar (1), peut donner lieu à des phénomènes nerveux parfaitement intermittents, comme le prouvent plusieurs observations. Il en est de même d'une inflammation de la muqueuse digestive, produite par toute autre cause, suivant la susceptibilité des individus; c'est ainsi que nous rapportons, sous le n° 371, l'exemple d'une paralysie occasionnée uniquement par une lésion inflammatoire des intestins, et ailleurs une monomanie hypocondriaque, une panophobie, occasionnées par une inflammation ou une irritation vive quelconque de la muqueuse gastro-intestinale. M. Salmade rapporte l'exemple d'une diarrhée intermittente tierce, dont les accès, exaspérés par un purgatif, présentaient des hallucinations de la vue, du trouble dans les idées, et des actes de folie de la part du malade, qui voulait se tuer avec ses rasoirs et se précipiter par la croisée. Tout cela disparaît avec l'accès fébrile et diarrhéique, et revient avec lui (2).

Symptômes.—Nous ne pouvons point ici décrire avec détails les phénomènes qui caractérisent chaque espèce de névroses ou chacun des groupes de symptômes distingués sous les noms d'hystérie, d'épilepsie, de tétanos, de catalepsie, de chorée, de manie, d'asthme, d'hypocondrie, de démence, etc.; ces détails se trouvent dans les histoires particulières que nous avons rapportées de ces différents groupes de symptômes morbides. D'ailleurs ces symptômes étant susceptibles de varier beaucoup selon une infinité de circonstances relatives à l'action des causes,

(1) *Annales gén. de méd.*, t. IV.
(2) *Journal anal. des scienc. médic.*, septembre 1828.

à l'âge, au sexe, au tempérament des individus, à la constitution atmosphérique, etc., il nous serait impossible de saisir toutes les nuances de forme, toutes les variétés d'aspect sous lesquelles peuvent se présenter les irritations nerveuses des viscères et toutes les maladies qui constituent des névroses périodiques. Celles qui ont spécialement leur siége dans les organes de la respiration et de la circulation, comme certaines toux, les angines de poitrine, les asthmes, etc., sont caractérisées par le trouble particulier de ces fonctions, comme la difficulté de respirer, une espèce de serrement et de gêne dans la poitrine, un étouffement particulier, une toux revenant par quintes plus ou moins longues et rapprochées les unes des autres, suivie d'une expectoration de matières claires et mousseuses, ne contenant que peu ou point de mucosité; des palpitations plus ou moins fortes, une anxiété précordiale, une sorte d'étouffement ou de manque d'air qui rend nécessaires une position assise, l'ouverture des portes et des fenêtres pour respirer un air pur et frais; les inspirations sont parfois longues et suspirieuses. Les névroses qui ont particulièrement leur siége dans le canal digestif sont de même caractérisées par certains troubles des fonctions de l'estomac, du foie, du canal intestinal; ce sont tantôt des vomissements fréquents, des douleurs pongitives ou lancinantes dans le creux de l'estomac, un sentiment de gêne, de poids ou de constriction dans la région épigastrique; le défaut ou l'excès d'appétit, des renvois fréquents; des hoquets qui se succèdent avec rapidité, des coliques, des borborygmes; une grande irrégularité ou morosité dans le caractère, une disposition à la tristesse, aux soupirs, aux idées noires, une apathie générale, des sentiments de crainte, de méfiance, d'angoisse, d'incertitude, de terreur, etc.

La plupart des autres névroses sont caractérisées par un dérangement, une perversion ou une suspension momentanée des fonctions intellectuelles et certains troubles dans l'action des muscles de la vie animale et quelquefois de la vie organique; plusieurs de ces affections semblent se rapprocher entre elles spécialement par le trouble de cette dernière action, telles sont l'hystérie, les convulsions, la chorée, le tétanos, l'hydrophobie. A d'autres, distinguées par l'épithète de comateuses, se joint la suspension plus ou moins complète de l'action des sens et de l'entendement: telles sont l'épilepsie et la catalepsie; enfin ce qui lie entre elles toutes les nombreuses variétés d'aliénation men-

tale, c'est une aberration, un dérangement partiel ou général et plus ou moins prolongé des fonctions intellectuelles.

Traitement. — C'est ici particulièrement que vont nous servir les réflexions précédemment exposées sur la nature et le siége de la plupart des névroses périodiques; car, si l'on est si peu avancé, si peu d'accord sur le mode de traitement à employer contre les affections dont il s'agit; et si les moyens employés échouent si souvent, ne faut-il pas s'en prendre bien souvent à ce qu'on administre ces remèdes au hasard sans se rendre compte de la nature et du siége de la lésion organique qui provoque tel ou tel groupe de phénomènes nerveux? On fait une médecine tout empirique; on ne s'adresse le plus souvent qu'à des symptômes fugitifs; on ne songe pas que ce sont des ombres de maladie qu'on poursuit inutilement et à pure perte, tandis qu'on néglige ce qu'il y a de matériel, ce qu'il importe d'attaquer et de guérir, c'est-à-dire les lésions locales et les modifications organiques. Est-il étonnant dès lors que des phénomènes morbides si variés, si fugaces et presque toujours insaisissables, résistent le plus souvent aux différents remèdes dirigés uniquement contre eux? N'est-il pas inutile, par exemple, de traiter par des moyens moraux une aliénation mentale qui tient à la répercussion d'une dartre, à la suppression rapide d'un écoulement habituel, purulent, leucorrhéen, hémorroïdal? N'est-ce pas en pure perte qu'on fait de la musique ou qu'on procure des distractions diverses à une personne devenue maniaque par suite d'un coup, d'une chute sur la tête, par suite du déplacement d'une irritation rhumatismale ou arthritique, par suite d'un coup de soleil, etc.? Sous quelque forme hystérique, épileptique, monomaniaque, que se présente une affection nerveuse chez une jeune personne, si l'on en découvre le siége dans la matrice, si le dérangement des fonctions intellectuelles tient à l'évolution tardive des règles, au retard ou à la suppression de cet écoulement, n'est-il pas évident qu'il ne faut avoir qu'un seul but dans le traitement de cette névrose, celui de provoquer ou de rappeler par tous les moyens possibles l'écoulement dont il s'agit.

Quoique deux individus présenteraient la même nuance d'affection convulsive ou d'aliénation mentale, ce ne serait point une raison de les traiter de la même manière, parce qu'il faut constamment avoir égard aux causes de la maladie, et surtout à son siége, c'est-à-dire au lieu où ces causes ont spécialement

porté leur action et à la modification organique qui en a été le résultat : ainsi, deux individus affectés d'épilepsie ou d'hypocondrie se présentent-ils à votre consultation, au lieu de leur conseiller les mêmes moyens empiriques, d'avoir recours aux mêmes formules pharmaceutiques, au lieu de leur prescrire des potions calmantes, des pilules antispasmodiques, dépuratives, relâchantes, etc., si vous trouvez par tous les moyens d'investigation que nous avons indiqués, que chez l'un les symptômes hypocondriaques ou épileptiques sont la suite d'une gastro-entérite, d'une gastro-hépatite chroniques, ou de la présence des vers dans le canal digestif; si vous découvrez que chez l'autre ces mêmes phénomènes sont occasionnés par une lésion locale externe ou par la masturbation, comme nous en rapportons plusieurs exemples; certes, les mêmes remèdes ne sont point applicables à ces deux malades; et l'hypocondrie ou l'épilepsie tenant à des causes et à des lésions différentes, sera traitée différemment dans l'un et dans l'autre cas.

Supposons encore deux jeunes personnes affectées d'hystérie et de nymphomanie; on essayerait en vain de les guérir par les bains, les calmants, les anti-aphrodisiaques, si l'on ne cherchait la cause primitive dont l'action permanente entretient l'ébranlement du système nerveux et le désordre des facultés intellectuelles, si l'on ne découvrait la lésion locale ou certaines modifications organiques qui réagissent secondairement sur le cerveau. S'il s'agissait par exemple d'une inclination amoureuse fortement prononcée, il faudrait se hâter de la satisfaire ou de la combattre par tous les moyens physiques et moraux les plus convenables à la personne et les mieux appropriés aux circonstances; si l'on découvrait une habitude vicieuse, il ne suffirait pas de rompre cette habitude par toutes les précautions hygiéniques possibles, il faudrait encore s'assurer de l'état des organes génitaux, et ramener à l'état normal l'organe d'où partent des influences sympathiques qui troublent la raison ou provoquent des phénomènes convulsifs plus ou moins remarquables. Ne sait-on pas que dans maintes circonstances on croyait avoir épuisé inutilement toutes les ressources de l'art pour guérir des nymphomanies opiniâtres, lorsque des praticiens plus exercés découvrirent le siége du mal, et, par l'ablation d'un clitoris développé outre mesure, mirent un terme à cette affreuse maladie.

On rapporte dans les *Annales littéraires pour la médecine* de Hecher, juin 1825, l'exemple d'une fille de quatorze ans qui, par suite de la masturbation, était tombée dans l'idiotisme le plus absolu, et qu'un médecin de Berlin guérit par l'excision du clitoris.

M. Destrés n'a eu besoin que des sangsues et des boissons adoucissantes pour dissiper les accès épileptiques dont nous avons parlé précédemment, parce qu'ils étaient sous l'influence d'une affection pulmonaire. La jeune personne dont nous avons parlé et qui devint maniaque par suite de la cicatrisation d'un ulcère, fut guérie comme par enchantement par l'établissement d'un séton à la nuque que lui fit pratiquer M. Esquirol. Nous rapportons dans le Mémoire que nous avons cité, plusieurs exemples d'hystérie, de manie, de panophobie, guéries par des applications de sangsues et le retour des menstrues; d'autres, guéries par des vermifuges seulement. Une mononanie hypocondriaque déterminée par une inflammation chronique de la muqueuse digestive, fut guérie par le régime, les bains, les frictions sèches, et surtout par les frictions abdominales avec la pommade stibiée. Des vertiges et des convulsions épileptiformes, occasionnés par la masturbation, ont été dissipés par des évacuations sanguines répétées et par le mariage. Enfin, un cas d'épilepsie survenue à la suite de l'extirpation d'une grosse verrue à la jambe a été guéri par l'établissement d'un cautère sur la cicatrice qui en était résultée, et d'où semblait partir l'*aura epileptica* chaque fois que les accès épileptiques se répétaient. Enfin, les exemples d'épilepsie tri-quotidienne et de tétanos quotidien, rapportés sous les nos 269 et 373, n'ont pu être guéris, le premier que par la cautérisation du nerf saphène, le second que par l'amputation du doigt d'où partait l'*aura epileptica*, M. Esquirol ayant soupçonné le siége de l'épilepsie dans le canal rachidien chez une femme dont les accès revenaient particulièrement aux époques menstruelles, fit appliquer avec succès quatre moxas le long de la colonne épinière. Enfin, M. Reynaud, interne à la Charité, rapporte l'exemple remarquable d'une hystérie survenue par suite d'une contusion au sein, suivie du développement de deux petites tumeurs glanduleuses, roulantes sous la peau et douloureuses, d'où paraissait s'élever la boule hystérique; la malade était si convaincue que ses attaques hystériques partaient de là, qu'elle sollicita l'extirpation de

ces tumeurs, dont le volume égalait celui d'une fève. Le professeur Boyer lui pratiqua cette opération, qui fut suivie d'une longue suppuration et de la guérison de l'épilepsie (1).

Si dans beaucoup d'autres espèces de névroses, dans plusieurs genres d'aliénation mentale, on recherchait avec soin les lésions organiques, si l'on se hâtait de les modifier ou de les détruire par des moyens locaux plus ou moins énergiques, n'est-il pas probable que l'affection, d'abord sympathique et secondaire de la moelle rachidienne et du cerveau, n'arriverait pas si souvent à ce degré d'intensité qui la convertit en une affection idiopathique essentielle et trop souvent incurable, sous les noms de tétanos, d'hydrophobie, de démence, de paralysie et d'idiotisme? L'expérience n'a-t-elle pas prouvé, et ne confirme-t-elle pas de plus en plus, que le traitement local promptement et méthodiquement employé est le seul moyen de guérir ou plutôt de prévenir les phénomènes hydrophobiques et tétaniques après certaines plaies par piqûre, morsure, déchirure; de la même manière qu'une incision faite à propos dans le panaris empêche le développement des phénomènes fébriles et parfois délirants ou convulsifs chez les personnes très irritables? N'est-il pas certain que les prétendus remèdes spécifiques dirigés contre les phénomènes hydrophobiques et tétaniques, alors qu'ils sont bien prononcés et regardés comme des *maladies générales* ou *essentielles*, ont été jusqu'à ce jour sans succès, parce que les phénomènes dont il s'agit ne se manifestent point sans que la lésion locale n'ait déjà développé sympathiquement des désordres fonctionnels et même des altérations dans les organes encéphaliques et rachidiens? La période d'incubation du prétendu virus hydrophobique, est-elle autre chose que le temps qu'il faut au développement de ces altérations, de la même manière que des coups sur la tête, des piqûres au bout des doigts, ne donnent lieu que long-temps après à des symptômes d'encéphalite et de panaris?

Si tout le succès des moyens dirigés contre les phénomènes précurseurs du tétanos et de la rage dépend de la promptitude que l'on met dans leur application, nul doute qu'il n'en soit souvent de même dans beaucoup de cas d'hystérie, d'épilepsie, de convulsions, de manie, etc., et qu'il ne faille se hâter d'attaquer toute espèce de lésion locale qu'on soupçonnera devoir être les pre-

(1) *Journal hebdomadaire de méd.*, t. IV.

miers moteurs des phénomènes morbides dont il s'agit, parce que, dans les cas assez nombreux où le cerveau et la moelle épinière n'en sont pas le siége primitif, on obtiendra facilement leur guérison; et parce que, dans tous les cas possibles, il y a d'autant moins de chance de succès dans l'emploi des moyens thérapeutiques que les accès épileptiques, maniaques, etc., se sont déjà répétés un plus grand nombre de fois.

La première règle à suivre pour le traitement des névroses en général, c'est donc de rechercher et de dévouvrir la lésion locale ou les modifications organiques d'où proviennent tous les phénomènes si nombreux et si variés qui les caractérisent. On procédera autant que possible du connu à l'inconnu, de l'extérieur à l'intérieur, en réfléchissant à toutes les causes prédisposantes et efficientes ou occasionnelles qui ont pu agir, en analysant toutes les fonctions de l'organisme avant, pendant et après chaque accès épileptique, convulsif, tétanique, maniaque, asthmatique, etc. De cette manière, on sera conduit à l'emploi méthodique de tels ou tels moyens locaux ou généraux, internes ou externes, irritants ou adoucissants, sédatifs ou stimulants, diététiques ou restaurants, antiphlogistiques ou évacuants; et puis, suivant les cas, aux vermifuges, aux narcotiques seuls, et plus souvent unis aux amers. Relativement à l'emploi du quinquina ou du sulfate de quinine, c'est toujours dans l'intervalle des accès qu'il faut l'administrer; comme pour toutes les autres espèces d'irritations intermittentes, son efficacité est d'autant plus grande que la périodicité des accès est plus régulière. Ce fait bien reconnu a même conduit des praticiens à imaginer des moyens propres à régulariser ces accès, afin de les attaquer ensuite avec plus de succès par le quinquina. C'est ainsi qu'un professeur de Montpellier, dans l'observation sous le nº 401, imagina de rendre périodiques des attaques irrégulières d'épilepsie au moyen du punch dont l'usage, d'après la remarque faite chez ce malade, avait pour effet assez constant de développer un accès épileptique; dès qu'on eut ainsi modifié le type de cette maladie et qu'elle fut devenue intermittente, on attaqua et l'on guérit par l'administration du quinquina cette épilepsie qui, depuis plusieurs années, avait résisté à tous les moyens dirigés contre elle.

Ce qu'il importe surtout de ne pas perdre de vue dans le traitement des maladies dont il s'agit, ce sont les indications qui consistent, dans plusieurs circonstances, à renouveler des plaies,

des éruptions cutanées trop rapidement dissipées, à provoquer ou rappeler des flux en retard ou supprimés. Il est quelquefois nécessaire de commencer le traitement par la saignée ou les applications de sangsues, principalement dans les violents accès d'asthme et de palpitations. Le docteur Hutchinson a guéri un individu atteint d'épilepsie qui revenait par accès très violents, et dont quelques uns simulaient le tétanos, par une saignée de trente onces, et l'usage de l'huile de térébenthine à la dose d'une demi-once dans l'eau de gruau; après l'usage de deux onces, ce médicament agit comme purgatif, et le malade n'éprouva pas de nouveaux accès. Il y a aussi bien des cas de coliques prétendues nerveuses, qui cèdent facilement à une application de sangsues sur l'abdomen ou au fondement. Les coliques intermittentes quotidiennes, sous le nº 386, cédèrent promptement à l'emploi des vermifuges; d'autres sont dissipées par les évacuants, par les amers associés aux narcotiques. Les pilules de Méglin ont guéri l'observation de toux périodique sous le nº 399. D'autres fois il faut avoir recours à l'usage des bains, des frictions sèches, et avec la pommade stibio-opiacée comme dans le cas de monomanie hypocondriaque que nous avons observé. Nous ne parlerons pas d'un grand nombre de moyens hygiéniques et moraux dont nous reconnaissons toute l'importance contre plusieurs des maladies dont il s'agit; nous renvoyons aux ouvrages de M. Esquirol, Louyer-Villermay, Georget, etc. Enfin, nous nous garderons bien de faire ici une longue et fastidieuse énumération de tous les remèdes tentés ou imaginés tour à tour contre chacune des affections dont nous venons de parler. La variété infinie et la multitude innombrable de ces remèdes, loin d'établir leur efficacité, ne servent qu'à prouver la pénurie de l'art; car si l'on avait eu un seul bon moyen, il est évident qu'on ne se serait pas tant évertué à en chercher d'autres, et à faire mille essais qui n'ont jamais eu que des succès douteux ou éphémères. Nul doute qu'il n'en soit toujours ainsi, tant qu'on ne verra dans les maladies dont il s'agit que des êtres imaginaires, tant qu'on se paiera de mots vides de sens pour les indiquer, tant qu'on croira à l'essentialité de certains groupes de symptômes, et qu'on en fera des maladies spéciales, *suî generis*; en un mot, tant qu'on n'aura pas porté dans les maladies appelées névroses, les lumières et les réformes qu'ont éprouvées tour à tour les maladies qui portaient autrefois les noms de *dyspnées* et d'*asthmes essentiels*, de *flux*

morbides et de *typhus contagieux*, de *maladies générales* et de *fièvres essentielles.*

Observations qui prouvent l'existence des névroses intermittentes sous formes de paralysie, de convulsions, d'hydrophobie, de tétanos, de catalepsie, de chorée, d'épilepsie, d'hystérie, de délire, de manie, de mélancolie, d'asthme, de toux, d'irritation diaphragmatique, de gastralgie et de coliques, sous types quotidien, biquotidien, triquotidien, tierce, quarte, quintane, octane, duodécimane, quindécimane, mensuel, trimensuel, sextimensuel et annuel.

Epilepsie tri-quotidienne.

No 369. Bayel, soldat, âgé de vingt-cinq ans, d'un tempérament pléthorique, entra à l'hospice civil de l'île de Ré, le 24 nivose an X, pour y être traité d'une épilepsie dont les accès se renouvelaient régulièrement trois fois chaque jour, savoir, à six heures, à neuf heures du matin, et à deux heures de l'après-midi. Ces accès, qui duraient de vingt à vingt-cinq minutes, étaient précédés d'une pente invincible au sommeil, et commençaient par un violent mouvement qui mettait en contraction tous les muscles extenseurs, et, parmi les fléchisseurs, ceux des doigts seulement; bientôt des convulsions générales et plusieurs autres symptômes caractérisaient les accès, dans chacun desquels on comptait jusqu'à vingt cinq et même trente-deux séries de convulsions et autant d'instants de repos. Ils finissaient par un mouvement semblable à celui qui les avait précédés. L'on avait employé inutilement contre cette affection l'opium, le quinquina, le camphre, la valériane, le moxa sur la tête, etc., lorsqu'on apprit que le malade avait été saigné deux fois, dont une à chaque pied; qu'à la suite de la première saignée l'épilepsie était revenue trois fois par jour, et qu'à la suite de la seconde, la durée des accès avait été double. On soupçonna dès lors que cette épilepsie périodique pourrait bien n'être que sympathique, et provenir de la section imparfaite du nerf saphène de chaque extrémité. On fut confirmé dans cette idée par l'examen des cicatrices qui avaient été la suite des saignées, et sous la peau de chacune desquelles on sentit une petite tumeur située devant la veine et à son côté externe. Pour s'assurer de la justesse du diagnostic qu'on venait d'établir, on exerça plusieurs fois la compression au-dessus et au-dessous des cicatrices dont il s'agit quelque temps avant les accès, et l'on vit que celle pratiquée au-dessus les rendait extrêmement faibles ou les arrêtait entièrement; tandis que la compression faite au-dessous n'empêchait point les accès d'avoir lieu comme à l'ordinaire. Ces épreuves ayant été répétées plusieurs fois avec le même résultat, on fut convaincu que la lésion des nerfs saphènes était bien la cause de cette épilepsie. Pour la guérir, on se proposa donc de détruire entièrement le nerf lésé; pour cela, on appliqua, deux heures avant l'accès, sur chaque cicatrice des saignées, un morceau de potasse caustique pour diviser les nerfs et détruire les petites tumeurs qui existaient sous chacune de ces cicatrices. Deux heures après son application, le caustique eut produit son effet, car l'accès suivant n'a point eu lieu, et l'épilepsie a été guérie sans qu'il soit survenu le

plus léger accident. On a consolidé la guérison par l'usage de la valériane et du quinquina continué pendant plusieurs jours. (Pontier, *Journal général de médec.*, t. XVI.)

Duncas Baine a observé une épilepsie intermittente chez un homme de vingt-six ans ; elle se manifestait régulièrement deux fois par jour. (*Observ. Edimb.*, t. V, p. 751.) Gottfried Hahn l'a également observée chez un jeune garçon de quinze ans. L'épilepsie survenait vers les neuf heures du matin et durait jusqu'à onze; et dans l'aprés-midi, il en était pris à quatre heures jusqu'à six. (*Act. natur. curios.*, vol. VI, obs. 148.)

Paralysie intermittente, à type bi quotidien.

No 370. Bienville, âgée de vingt-sept ans, mère de plusieurs enfants qu'elle a nourris, ayant toujours joui d'une excellente santé, aprés avoir éprouvé de la pesanteur à la région de l'estomac, fut prise de vomissements trés abondants d'un sang noir, épais, se coagulant facilement. Ce vomissement se répéta cinq à six fois par jour; on ordonna des boissons adoucissantes refroidies, des bains de pieds sinapisés ; mais les vomissements continuant avec la même intensité, le docteur Bataille fut appelé le 18 mai 1828, à dix heures du soir, huit jours aprés l'invasion. La faiblesse de la malade était telle, qu'elle ne pouvait soulever sa tête ; la face était excessivement pâle, les yeux abattus, les paupières et les extrémités inférieures œdématisées ; pouls mou, ondulant, donnant cent trente à cent quarante pulsations; langue trés pâle, bouche sèche, soif vive ; aucune douleur à l'épigastre ni à la poitrine ; les déjections alvines n'avaient jamais offert de traces de sang. Prescription : sinapismes aux jambes, vésicatoire à la région épigastrique, tisane et potion astringentes à la glace ; un second et un troisiéme vésicatoire volant furent successivement placés, et le 23, l'hématémèse avait complétement cédé; mais la faiblesse était extrême, le teint jaune-paille, l'œdématie avait augmenté, les extrémités inférieures étaient difficiles à réchauffer. Frictions avec la teinture de quinquina et de digitale; quelques cuillerées de bouillon qui sont gardées. L'insomnie étant continuelle, on allait ajouter quelques somnifères, lorsque le 24 mai, à cinq heures du soir, on trouva que la malade avait une paralysie du côté droit, caractérisée par l'immobilité des membres de ce côté, l'abaissement de leur température, la diminution de leur sensibilité; la langue était déviée légérement à gauche, le regard fixe, la réponse lente. Cet état durait depuis une heure et avait été précédé par une tendance à l'assoupissement et des douleurs sourdes dans la région occipitale. Sinapismes aux cuisses, vésicatoire à la nuque, lavement avec séné et huile de ricin, de chaque demi-once. Mais vers neuf heures du soir tous ces symptômes disparurent. Ils se montrèrent de nouveau à cinq heures du matin, aprés avoir été précédés des symptômes mentionnés plus haut. A onze heures tout avait disparu. Le soir à six heures, nouveau retour de la paralysie. On prescrivit dix grains de sulfate de quinine en deux quarts de lavement, à prendre le premier à trois, le second à quatre heures du matin. Entre six et sept heures, engourdissement, légère céphalalgie, mouvement difficile, parole gênée jusqu'à huit heures seulement. Le même jour, seconde dose de dix grains de quinine à trois et à quatre heures de l'aprés-midi. L'accés vint à sept heures, fut terminé à neuf; les accidents ne furent pas plus intenses que ceux du matin. Troisiéme dose dans la nuit du 26 au 27. L'accés du matin n'a pas reparu. Quatriéme dose de six grains. L'aprés-midi, l'accés est aussi violent que celui du 25 ; mais dix grains donnés le lendemain le firent disparaître, et trois doses décroissantes complétèrent la cure. Dès lors la malade est entrée en convalescence; celle-ci fut longue, mais enfin, le 20 septembre, Rosalie Bienville était à peu prés revenue à son état habituel de santé. (*Annales de la médecine physiologique*, 1827.)

Paralysie intermittente quotidienne.

N° 371. Le docteur J. Marshall Paul, de Philadelphie, rapporte qu'une jeune fille de trois ans était en voiture lorsqu'elle perdit tout-à-coup l'usage des muscles des membres inférieurs et du dos. Elle resta dans cette situation pendant une demi-heure au moins. Une saignée au bras, l'administration d'une dose d'huile de ricin, pour remédier à un état de constipation, des frictions sur les lombes et les membres, suffirent pour faire disparaître la paralysie, au point qu'une heure après la première apparition des symptômes, cette fille pouvait très bien se promener autour de l'appartement sans aucun aide. Le lendemain au matin cette paralysie momentanée survint de nouveau et continua de se montrer ainsi régulièrement pendant plusieurs jours de suite. Elle affectait alors plus spécialement le membre droit, et fut combattue avec succès par les mêmes moyens, moins la saignée, qui ne paraissait pas indiquée par l'état du pouls. Il s'écoula ensuite un intervalle de plusieurs semaines, durant lequel cette enfant jouit d'une santé parfaite, et se livrait aux amusements de son âge, sans montrer le plus léger symptôme de maladie. Mais les paroxysmes se manifestèrent de nouveau, de la même manière et pendant le même espace de temps que la première fois, pour cesser ensuite, et laisser l'enfant dans un état apparent d'excellente santé. La jeune malade continua ainsi à éprouver des attaques de paralysie à des époques plus ou moins éloignées, jusqu'au moment de sa mort, sans offrir aucun autre symptôme d'affection cérébrale qu'un tiraillement léger et momentané des yeux et de la face, qu'elle ressentit une ou deux fois; elle éprouvait aussi une tendance au sommeil, à laquelle elle cédait ordinairement aussitôt après chaque paroxysme. La constipation était habituelle chez cette enfant, elle avait en général bon appétit; quelquefois même il allait jusqu'à la voracité. Le ventre était dur et sensible; les selles qu'on provoquait au moyen de purgatifs, étaient toujours, à l'époque des accès, extrêmement fétides et altérées. La malade avait été mise, pendant le traitement, à un régime doux, exclusivement végétal, et à l'usage du lait en quantité modérée; on lui administrait fréquemment des purgatifs, dans la vue de remédier à l'état des intestins; on avait aussi mis en usage les frictions le long de la colonne vertébrale et sur les membres; ainsi que les bains salés, et on avait entretenu pendant quelque temps la suppuration d'un vésicatoire à la nuque. Cette jeune fille fut affectée de rougeole et paraissait en voie de guérison, lorsqu'un matin l'éruption disparut; elle éprouva alors un accès dans lequel elle était agitée de mouvements convulsifs, seuls symptômes que sa mère pût indiquer; elle paraissait souffrir considérablement; ses mains étaient appliquées sur la région épigastrique; elle poussait des cris, lorsque tout-à-coup son corps et ses membres devinrent roides. Cet accès se calma bientôt et elle était ensuite aussi bien que de coutume. Trois ou quatre heures après, il en survint un autre beaucoup plus violent, après lequel elle resta dans un état de stupeur et d'insensibilité qui persista jusqu'à la mort, qui eut lieu au bout de douze heures.

A l'ouverture du cadavre, qui fut faite trente-six heures après la mort, on ne trouva pas la plus légère trace de lésion dans le cerveau, qui était du volume et de la consistance ordinaires; il était même exempt de cet engorgement des vaisseaux sanguins qu'on observe chez beaucoup de sujets. Il n'existait aucune espèce d'épanchement soit dans les ventricules, soit entre les membranes. On ne put apercevoir dans la moelle allongée rien qui fût étranger à son état naturel. L'estomac était d'un volume ordinaire, sa membrane muqueuse était saine, sauf deux ou trois petits points d'injection vasculaire dans le voisinage du cardia. Le foie, la rate, le pancréas et les reins

étaient dans l'état naturel. On trouva, en examinant l'intestin grêle, quatre invaginations séparées et chacune de quatre ou cinq pouces d'étendue, et parfaitement semblables entre elles. La première était à la distance de vingt-huit pouces du pylore; la seconde à cinq pouces de la première; la troisième était six pouces plus loin environ, et la quatrième à huit pouces de la troisième. Les portions invaginées étaient considérablement épaissies, et le diamètre du canal intestinal était très rétréci dans les points correspondants. La tunique musculeuse était développée à un degré remarquable, précisément dans les portions rétrécies. Tout semblait indiquer que l'affection n'était pas récente, et qu'elle correspondait probablement avec la première attaque de cette singulière paralysie; on fut frappé de la ténuité des parois de l'intestin au-dessus de chaque invagination. Le mésentère était parsemé de ganglions lymphatiques tuméfiés et du volume d'un pois. On ne trouva pas d'autres lésions. (*The North. Americ. med. and Surg. journ.*, 1829.)

Tétanos avec type quotidien.

N° 372. Un enfant âgé de neuf ans était tous les jonrs, vers les deux heures de l'après-midi, tourmenté de convulsions horribles de tout le corps, lesquelles étaient suivies et remplacées par un tétanos universel; celui-ci se terminait peu à peu, après avoir duré environ un quart d'heure. Le petit malade recouvrait alors toute sa connaissance et suait abondamment. Tous les remèdes les plus vantés contre les convulsions et le tétanos furent inutiles. Le malade avait perdu presque toutes ses forces en six jours. On s'empressa d'administrer, durant l'intervalle des accès, six gros de quinquina en mixture. Le lendemain, aucun mouvement convulsif n'eut lieu; mais à l'heure ordinaire de l'accès, le malade se sentit faible et fatigué; la couleur de la face changea plusieurs] fois; après une douce sueur, il s'endormit et se trouva soulagé. On donna pendant huit jours une demi-once de quinquina chaque jour; les forces se rétablirent insensiblement, et l'on ne vit plus dans la suite aucune trace de convulsions. (Storck, *Ann. med. secund.*)

Autre tétanos intermittent quotidien.

N° 373. M. le docteur Schütte rapporte qu'une femme âgée de soixante-sept ans était affectée d'un panaris au pouce de la main gauche, dont elle guérit après la chute de la première phalange. Au bout de quinze jours elle commença à éprouver une douleur analogue à celle qu'aurait occasionnée une piqûre au bas de la cicatrice; cette douleur se prolongea peu à peu jusqu'au bras, en suivant le trajet du nerf médian. Elle durait pendant un espace de temps qui variait de cinq à quinze minutes, et revenait tous les jours. Au bout de quelques mois, à chaque accès elle s'accompagnait de trismus et d'opisthotonos. On fit l'amputation du pouce; la douleur et les symptômes tétaniques ne revinrent plus. En disséquant la partie qui avait été enlevée, on vit que la cicatrice était cartilagineuse, et que le filet nerveux qui s'y rendait était d'une couleur rose, dans l'étendue d'une ligne et demie. (*Annales chimiques de Heidelgerg.*)

Autre tétanos avec le même type.

N° 374. Une fille de dix-huit ans, fortement constituée, après avoir voyagé par un temps froid et humide, est prise d'une violente céphalalgie, avec chaleur brûlante et délire; les muscles de la face sont contractés, l'œil fixe et étincelant, les mâchoires très fortement serrées l'une contre l'autre; la respiration convulsive et le pouls fréquent. On prescrit bain tiède, fomentations froides sur la tête. Elle reprend l'usage de ses sens, et se plaint d'un

violent mal de tête et d'une grande faiblesse. Le 30 novembre au soir, nouvelle attaque avec sentiment de chaleur générale, accélération du pouls, perte de connaissance, et *trismus* accompagné de roideur des membres; la contraction des mâchoires est telle, qu'on peut à peine séparer les dents de quelques lignes. La crise diminue jusqu'à minuit; la chaleur diminue avec les autres symptômes.

Le 1er octobre au matin, état d'intermission; le pouls est tranquille, la peau n'est pas très chaude; la malade n'a aucun souvenir de l'attaque de la veille, et n'en redoute point de nouvelle Mais le soir, à la même heure, une autre se déclare, et présente à peu près les mêmes symptômes qu'auparavant. — Le 2, état apyrétique manifeste; la malade transpire beaucoup, le pouls est moins fréquent; elle peut parler, écarter les mâchoires et avaler. On continue les bains tièdes et les fomentations froides; on donne la poudre de valériane à haute dose, et l'opium en substance. — Le 3, l'attaque avance de quelques heures; mais elle n'en dure guère que trois, et le trismus cesse aussitôt. Après cette attaque la malade est très affaiblie, mais ne tarde pas à jouir de sa connaissance. Mêmes remèdes. Elle ressent encore pendant plusieurs jours quelques accès, mais très incomplets; ce n'est qu'un peu de roideur dans le mouvement des mâchoires, sans contraction spasmodique. Elle continue quelques jours encore l'usage des remèdes indiqués, et se trouve parfaitement rétablie, sans qu'on ait fait usage du quinquina. (*Nouvelle bibliothèque germanique*, t. I.)

Tétanos intermittent quotidien.

No 375. Un imprimeur, âgé de cinquante-deux ans, velu, sanguin et bien constitué, avait éprouvé, à deux reprises différentes et depuis cinq mois, des engourdissements accompagnés de roideurs dans les membres, engourdissements qui le prenaient sous forme d'attaques. Dans le mois de février 1830, il contracta un gros rhume, à la suite duquel les mêmes attaques, mais plus violentes, reparurent; une d'elles eut lieu le 4 mars, et commença vers sept heures du matin par un fourmillement et une sorte d'horripilation générale, suivis bientôt de fièvre, de chaleur et de rigidité dans tous les membres; cet accès se termina vers onze heures par une sueur abondante. Le lendemain les mêmes phénomènes reparurent dans le même ordre et à la même heure, mais avec plus d'intensité, et ne cessèrent que vers midi. Le soir, le malade fut admis à l'Hôtel-Dieu, et il fut trouvé exempt de fièvre et de tout autre accident: il passa la nuit dans un état parfaitement bon Mais le troisième jour à sept heures du matin, nous fûmes témoins de l'accès suivant: au début, engourdissement, horripilations passagères, bientôt roidissement des membres, qui a augmenté de plus en plus jusqu'à ce que les membres inférieurs, amenés dans une forte extension, furent devenus à peu près inflexibles, et que les supérieurs, portés au contraire dans une flexion presque complète, ainsi que les doigts, eussent acquis une rigidité analogue; peu à peu cette rigidité s'est également emparée des muscles vertébraux, le tronc s'est légèrement arqué en arrière, en sorte que le malade ressemblait à une statue qu'on soulevait tout d'une pièce; la région cervicale seule est restée mobile à volonté. En même temps chaleur considérable à la peau, fréquence démesurée du pouls, accélération extrême de la respiration, coloration intense de la face, soif des plus vives, parole grandement embarrassée par la difficulté qu'éprouve le malade à sortir et à mouvoir sa langue, dont les muscles semblent affectés comme ceux des membres; il pouvait d'ailleurs ouvrir la bouche assez librement; en outre, gémissements et cris étouffés résultant des secousses et des tiraillements douloureux qui se faisaient sentir à tous moments dans les parties contractées. A huit heures et demie, ces phéno-

mènes étaient parvenus au plus haut degré d'intensité ; alors est survenue une sueur des plus abondantes inondant toute la peau, et laissant sur les draps et les matelas l'empreinte humide du corps du malade ; peu à peu la fréquence du pouls a diminué, ainsi que la coloration de la face. A dix heures les membres supérieurs se sont détendus, les doigts se sont ouverts. A onze heures, le tronc et les membres inférieurs étaient généralement relâchés ; enfin le calme du pouls annonçait une terminaison prochaine de l'accès, qui a été, suivant le rapport du malade, le plus violent de tous ceux qu'il a éprouvés. A cinq heures du soir, il était dans l'état de calme le plus parfait, n'éprouvant pas la moindre roideur dans aucune région musculaire ; il se sentait seulement brisé dans les membres. Un bain lui a été administré. Notons que les urines n'ont offert après l'accès aucun dépôt particulier.

Le quatrième jour, nous nous attendions à un nouvel accès, mais le malade n'a éprouvé que quelques sentiments fugaces de brisement dans les membres ; point de rigidité, point de fièvre. Il en a été de même les jours suivants ; en sorte que, au bout de trois semaines, rien autre de particulier n'étant survenu, le malade a quitté l'hôpital en parfaite santé, sans qu'il ait été jugé nécessaire de lui administrer aucun traitement particulier. (Dance, *Archives générales de médecine*, t. XXVI, 1831.)

M. Dance rapporte encore trois autres exemples de tétanos intermittents, avec type quotidien et tierce, qui ont disparu sans autre médication que les bains, et, chez un malade, la saignée qui n'a pas eu d'effet sensible. On pourrait, dit-il, en faire des fièvres *intermittentes pernicieuses tétaniques*, mais leur terminaison heureuse et souvent spontanée doit *empêcher* de les ranger dans cet ordre de fièvres, à moins que ces fièvres, abandonnées à elles-mêmes, ne soient pas *toujours aussi fatales que l'ont assuré les auteurs qui ont écrit sur cette matière.*

Convulsions intermittentes quotidiennes. (Febris intermittens sub convulsione latens.)

N° 376. Durant l'année 1748, une fille âgée de dix-huit ans éprouvait tous les jours des convulsions violentes et extraordinaires par tout le corps. Les paupières présentaient un clignotement continuel ; les lèvres, les ailes du nez étaient agitées d'un mouvement semblable ; les bras et les jambes, les mains et les pieds, les doigts et les orteils, éprouvaient des mouvements convulsifs particuliers ; le tronc s'élevait et s'abaissait alternativement ; enfin, il n'y avait aucune partie du corps qui ne prît part à cette affection nerveuse. Les symptômes dont il s'agit commençaient à quatre heures après midi et duraient jusqu'à quatre heures du matin ; alors le calme s'établissait et durait douze heures, pendant lesquelles la malade ne ressentait qu'une grande faiblesse. Durant les accès, il n'y avait ni froid, ni chaleur, ni soif ; enfin l'état du pouls ne présentait aucun changement ; il était seulement faible, comme pendant l'intermittence. La malade avait déjà eu neuf accès semblables qui étaient revenus et s'étaient terminés aux mêmes heures avec la régularité d'une horloge. Ce ne fut qu'au dixième accès que Starck fut appelé auprès de la malade, et qu'ayant égard à la périodicité de cette affection, il la traita et la guérit en trois jours par l'administration du quinquina. (*Observ. de febr. intermitt.*, obs. 55.)

Catalepsie intermittente quotidienne.

N° 377. Sauvages (*Nosolog. méthod.*) rapporte qu'une femme de vingt-quatre ans ayant été insultée par un paysan, éprouva depuis ce moment-là des attaques d'une espèce singulière de catalepsie qui revenait régulièrement

chaque jour, et qui durait de demi-heure à une heure. Elle perdait tout-à-coup le sentiment; elle ne voyait, ne sentait et n'entendait rien du tout. Elle conservait ses doigts, ses mains, tous ses membres, dans l'attitude qu'on leur donnait, et exprimait par ses murmures, ses discours, ses gestes même l'idée, qu'elle avait dans l'esprit, et qui paraissait toujours être celle de son ennemi. L'on avait employé inutilement beaucoup de remèdes à Rivesaltes ; transportée à Montpellier, la malade se trouva d'abord mieux par le seul éloignement de l'objet de sa douleur, et elle se remit sans autre secours que la distraction.

Chorée ou danse de Saint-Gui, type quotidien.

N° 378. Victorine *** eut, à l'âge de onze ans, la petite-vérole, qui suivit une marche bénigne et arriva régulièrement à la convalescence, après une éruption difficile et accompagnée de convulsions. On observa bien, pendant tout le cours de la maladie, un tremblement insolite du bras droit, lorsque la petite malade prenait des boissons; on l'attribua à la faiblesse, et on en tint peu de compte. Cependant, lorsque Victorine voulut marcher, on s'aperçut qu'elle allait de travers, qu'elle courait lorsqu'elle ne devait marcher qu'avec lenteur, que sa volonté ne dirigeait plus ses mouvements, qu'elle se livrait à mille gestes, à mille contorsions bizarres; enfin, qu'elle présentait tous les symptômes de la chorée. On employa en vain contre cette maladie la valériane, le calomélas, l'assa-fœtida, les vésicatoires. Ces moyens procurèrent bien du calme, mais non pas une guérison complète. Deux années se passèrent pendant lesquelles l'affection dont il s'agit reparaissait à la moindre contrariété. Dans le mois d'août 1818, la chorée ayant pris un caractère de violence capable d'épouvanter les parents de la malade, M. le docteur Godelle fut appelé. La jeune personne était alors très maigre; elle ne pouvait plus marcher sans tomber; elle ne parvenait à porter ses aliments à sa bouche qu'avec difficulté, tant était grand le désordre des bras et des mains. Le spasme qui, dans l'origine, n'occupait que le bras droit, s'était étendu à la jambe du même côté, et enfin il s'était emparé de tous les muscles soumis à la volonté; elle ne pouvait même parler sans faire des grimaces horribles. Le médecin dont il s'agit n'ayant pas encore trouvé de chorée aussi opiniâtre, soumit la petite malade à un examen très attentif, soit durant son sommeil, soit dans l'état de veille, soit pendant ses exercices; ayant observé que le sommeil était d'un calme parfait, et que les accès de chorée ne revenaient qu'au réveil, il pensa que cette maladie céderait au quinquina, comme une fièvre intermittente. Il choisit le vin de Séguin, comme la préparation de quinquina la moins désagréable et la plus puissante, et en fit prendre à la petite malade trois cuillerées toutes les quatre heures. Le premier jour, tout mouvement convulsif avait cessé ; dès le lendemain, il ne restait que de l'abattement et un peu de vacillation dans la marche. Victorine put manger seule, et, trois jours après, elle maniait l'aiguille, presque avec autant de dextérité qu'avant sa maladie. On fit continuer le même moyen pour soutenir ce succès inespéré; seulement on diminua les doses d'une cuillerée, puis on les donna à des distances plus éloignées. Une bouteille suffit pour la guérison complète. (Godelle, *Gazette de santé*, 15 juillet 1821.)

Hystérie intermittente, type quotidien, et successivement tri-quotidien, nonane et trimensuel.

N° 379. Marie Catherine D***, âgée de vingt-six ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, commença à être réglée à neuf ans. Dès l'âge de sept, il

ne manquait rien aux parties extérieures de la génération, et les seins étaient déjà très développés. Dès l'âge de neuf ans, elle avait eu une forte inclination pour le mariage; cependant elle n'a jamais été mariée. Bien portante jusqu'à l'âge de dix ans, Catherine était dans ses règles, quand une chute qu'elle fit dans l'eau les supprima pour trois mois. Pendant cet intervalle de temps, elle éprouva régulièrement tous les jours le sentiment d'une boule qui montait du ventre à la gorge, où elle causait une espèce de strangulation ; outre cela, elle était tourmentée de borborygmes. Au bout de ce temps, accès trois fois par jour, précédés des symptômes précédents, et marqués par la perte de connaissance, de légères convulsions dans les membres, des yeux fixes, des efforts pour vomir, dans lesquels la malade rendait un peu de sang; point d'écume à la bouche, point d'altération dans les traits du visage. Cet état dura jusqu'à dix-neuf ans. A cet âge, la malade entra à l'Hôtel-Dieu; de fréquentes saignées du bras et du pied, des bains tièdes, suspendirent ses accès pendant un an. A vingt ans, elle quitta l'Hôtel-Dieu pour venir habiter la Salpêtrière. Depuis ce temps, retour des accès, d'abord tous les huit jours jusqu'à vingt-deux ans, et ensuite tous les trois ou quatre mois, jusqu'à présent. Ses règles, qui s'étaient rétablies pendant son séjour à l'Hôtel-Dieu, ne se sont pas dérangées depuis; elles viennent plus souvent tous les quinze jours que tous les mois, et sont très abondantes. (Maisonneuve, *Recherches et observ. sur l'épilepsie.*)

Hystérie intermittente quotidienne.

No 380. Une femme âgée de vingt-trois ans, d'une constitution robuste, repasseuse depuis six mois à l'Hôtel-Dieu, et veilleuse depuis dix mois dans le même hôpital, eut quelques jours après la cessation des règles, en voyant mourir une de ses amies, une frayeur vive avec perte subite de la connaissance, qui dura pendant deux heures. Elle éprouva une vive douleur à l'épigastre, à la tête, et une dyspnée très forte. Depuis cinq jours ces symptômes persistent, et tous les jours à la même heure les accès reviennent par une augmentation de la céphalalgie vers les trois heures de l'après-midi; alors le délire survient, la chaleur s'élève, la malade s'agite au point qu'il faut lui mettre la camisole; l'accès dure pendant une heure et demie; le sommeil est plus court et plus agité qu'il ne l'était avant les accès; le pouls donne soixante-dix pulsations. Traitement : douze grains de sulfate de quinine dans une potion gommeuse, tisane émolliente. La malade dit avoir éprouvé le même accès que les jours précédents; il paraîtrait, d'après la garde, qu'il était moins violent. On ordonna le sulfate de quinine à la dose de vingt grains. L'accès a disparu; les convulsions n'ont pas eu lieu ; la nuit a été calme; la malade se sent mieux. Le lendemain, des coliques sans diarrhée surviennent; on donne une potion gommeuse avec un grain d'extrait d'opium, puis un demi-lavement laudanisé; tous les symptômes observés précédemment ont entièrement disparu; la malade se trouve dans des conditions très favorables, et quitte l'hôpital quelques jours après. (Chomel, *Bulletin clinique*, t. Ier.)

Manie rémittente quotidienne terminée par un dépôt critique.

N° 381. Madame G***, âgée de vingt-huit ans, d'un tempérament sanguin, douée d'une grande sensibilité et d'un caractère vif, enjoué, éprouva des chagrins domestiques très pénibles, qui entraînèrent en peu de temps l'égarement de sa raison. Ce fut au bout de quinze jours de l'invasion de sa maladie que cette dame fut amenée dans une maison de santé pour être traitée. La malade était dans une très grande agitation; elle parlait avec une continuelle volubilité, ses yeux étaient vifs et animés, sa face rouge et vultueuse;

ses idées étaient très incohérentes: elle injuriait, elle flattait ou menaçait tour à tour les mêmes personnes. Pendant les premiers jours, j'administrai successivement les moyens de traitement suivants : boissons acidulées et nitrées, émulsions calmantes, pédiluves, bains, douches, lavements laxatifs, application de sangsues sur le trajet des jugulaires, lotions sur la tête avec l'oxycrat. L'agitation furibonde qui portait la malade à frapper, casser et déchirer, nécessita l'application de la camisole de répression. J'observai pendant plusieurs jours qu'il se manifestait régulièrement vers le soir des paroxysmes très violents; ce fut pour moi une indication d'employer à cet instant les moyens les plus actifs de traitement, tels que les calmants et les douches à la suite des bains. Peu à peu ces paroxysmes furent plus légers, et la marche de la maladie devint plus régulière. Au bout de deux mois de l'invasion de cette manie, il se manifesta spontanément à la partie interne du genou droit une tumeur inflammatoire qui acquit avec rapidité un volume considérable. L'application de cataplasmes émollients fit promptement abcéder cette tumeur. Je l'ouvris avec précaution, et il en sortit une grande quantité de pus de bonne nature. Je sondai la plaie, et je reconnus que le foyer du pus ne communiquait point dans la capsule articulaire. L'amélioration bien sensible qui se manifesta dans l'état mental de la malade me fit regarder ce dépôt comme critique, et j'entretins la suppuration avec les soins convenables. Au bout de quinze jours, la plaie se cicatrisa; j'administrai alors les évacuants, et madame G*** se rétablit parfaitement. (Dubuisson, *Traité des vésanies,* 1816.)

Manie intermittente quotidienne.

N° 382. Madame P***, d'une forte constitution, d'un caractère très irascible, éprouva les tourments et les chagrins d'une extrême jalousie et devint maniaque. La manie ayant acquis une très grande intensité par la violence et l'impétuosité du caractère de la malade, était marquée par les agitations les plus véhémentes et par les emportements les plus furieux; c'est dans cet état d'égarement, d'exaltation et de fureur, que madame de P*** fut conduite dans mon établissement le 21 décembre 1804. Au bout d'environ dix-huit mois, la manie, qui avait diminué d'intensité, se changea en mélancolie caractérisée par une violente jalousie contre son mari. Cette mélancolie assez tranquille et taciturne, lorsque rien ne contrarie la malade, qui s'impatiente et s'emporte facilement, est compliquée d'accès maniaques qui éclatent la nuit. C'est ordinairement entre une et deux heures du matin que ces accès se manifestent; alors la malade se réveille comme en sursaut, elle se jette au bas du lit, elle claque des mains, elle crie, vocifère, frappe et casse tout ce qu'elle rencontre, croyant battre son mari qu'elle s'imagine voir commettre des infidélités sous ses yeux. Au bout de plusieurs heures de cris, de hurlements et du plus grand vacarme, la malade se calme, se recouche, dort tranquillement, et se réveille le matin plus ou moins fatiguée, suivant l'état d'agitation et de violence où elle a été pendant l'accès de la nuit, et dont souvent elle ne se rappelle point. Depuis trois ans l'âge avancé de la malade a beaucoup modéré l'intensité des accès, sans cependant rien changer à leur intermittence. (*Id. ibid.*)

Toux intermittente quotidienne.

N° 383. Une demoiselle âgée de vingt-un ans, d'une constitution peu forte, d'un caractère irritable, vint à Paris au mois d'août 1819 pour se faire traiter d'une toux périodique, qui commençait chaque jour vers deux heures après-midi, et se prolongeait pendant sept à huit heures avec une grande violence, et faisant éprouver à la malade des déchirements très douloureux

dans la poitrine. Cette toux se reproduisait par quintes entre lesquelles il n'y avait presque pas d'intervalles, et pendant lesquelles la malade rejetait une certaine quantité d'un liquide clair et écumeux, et avait un son de voix rauque et très fort. Quand elle avait duré un certain temps, elle déterminait des sueurs excessives qui duraient jusqu'à la fin de l'accès. Les accès de cette toux, qui dataient d'une année, n'avaient duré, dans le principe, qu'une heure ou deux; ils étaient devenus progressivement plus longs et plus intenses; les accès avaient toujours été accompagnés de chaleur et de sueur, mais leur invasion n'avait jamais présenté de refroidissement général ou partiel. Depuis l'époque où la toux avait commencé, la malade avait été atteinte d'une fièvre intermittente dont les accès étaient distincts de ceux de la toux, et reparaissaient à des intervalles différents; l'emploi du quinquina ne fit cesser que les accès de la fièvre; ceux de la toux persistèrent quoiqu'on eût essayé contre elle la plupart des moyens conseillés ordinairement contre la toux et les maladies périodiques. On voulut faire usage des narcotiques, parmi lesquels on choisit de préférence l'extrait de belladone, qu'on administra en pilules à la dose d'un quart de grain pour chaque pilule. Le 14 août 1819, la malade prit trois de ces pilules à demi-heure d'intervalle; et quand l'heure de l'accès fut arrivée, elle perdit subitement connaissance, fut prise de mouvements convulsifs effrayants; elle s'agitait en tous sens, faisait entendre des gémissements; enfin, la malade eut un accès complet d'hystérie au lieu de son accès de toux; la durée de ce dernier accès fut pourtant la même que celle des accès de toux. Le 15, on obtint de la malade, mais une heure seulement avant l'accès, qu'elle prît deux pilules de belladone. A l'heure ordinaire l'accès de toux reparut, mais après environ une heure de durée, il fut remplacé par les symptômes de l'hystérie qui survint vers le temps sans doute où la belladone commençait d'agir. Le 16, la malade refuse de prendre ses pilules d'extrait de belladone; nouvel accès de toux semblable en tout aux précédents. Le 17, 18 et 19, la malade prend de nouveau les pilules, et trois accès d'hystérie ont lieu comme auparavant. Le 20, elle refuse absolument de les prendre; alors on lui administre le quinquina en poudre à la dose de demi-once à prendre dans la matinée. L'accès, qui revient, est moitié moins long que les précédents; il n'est caractérisé que par un état d'assoupissement, et presque pas de mouvements convulsifs. On insiste sur l'emploi du quinquina pendant une quinzaine de jours, et les accès diminuent successivement jusqu'à parfaite guérison. (Chomel, *Nouveau journal de médecine*, t. VII.)

Toux et dyspnée rémittente quotidienne.

N° 384. Le 19 septembre 1825, une petite fille, âgée de cinq ans, qui quelques jours auparavant avait éprouvé un violent effroi, fut prise d'une difficulté de respirer considérable, accompagnée d'une toux fréquente avec expectoration abondante et muqueuse, mais sans fièvre et sans douleur dans le thorax. Le 20, 21 et 22, même état. Dans la nuit du 22 au 23, l'oppression devient plus forte, et dès lors la maladie prend un caractère rémittent. Toutes les nuits de deux à trois heures du matin, un paroxysme dyspnéique se développe; sa durée est de plusieurs heures; la toux est alors plus intense, provoque le vomissement, et l'enfant semble près de suffoquer. Le 9 octobre, l'accès ne survient qu'à cinq heures du matin, mais il est beaucoup plus violent que tous les autres, il a aussi une durée beaucoup plus longue, car il était encore dans toute sa force à dix heures du matin, où l'enfant fut confié à mes soins. La face était pâle, les lèvres livides, les yeux ternes; la respiration très précipitée, soixante inspirations par minute, ne s'exerçait qu'avec beaucoup d'efforts; les épaules se soulevaient, tandis que l'extrémité inférieure

du sternum, les cartilages des côtes qui s'y attachent, et l'extrémité antérieure des côtes asternales, étaient fortement entraînées vers la colonne vertébrale par les contractions violentes du diaphragme; en même temps la respiration était sifflante et sonore, et l'on entendait au moyen du sthétoscope, dans toute l'étendue des parois thoraciques, un râle sibilant d'une très grande intensité, mêlé par intervalle d'un râle muqueux que dissipait une toux fréquente et quinteuse, provoquant parfois le vomissement. Toutefois, au milieu d'un trouble si grave de la fonction respiratoire, tout le reste de l'organisation demeurait paisible et ne sortait en aucune manière de l'état normal. Ainsi les fonctions intellectuelles et les mouvements volontaires étaient libres; la langue humide et de couleur naturelle, l'absence de la soif, etc., annonçaient que rien n'était lésé dans le système digestif; le pouls, qui était égal et régulier, et qui ne s'élevait qu'à soixante-quinze pulsations par minute, démontrait que le cœur n'était le siége d'aucune affection, soit idiopathique, soit sympathique, et enfin, la chaleur générale, qui ne dépassait point le degré normal, excluait l'idée de toute surexcitation viscérale. Ce fut cet isolement de la maladie, cette absence de tout phénomène sympathique dans les principaux viscères, qui dirigèrent notre méthode de traitement. Prescription: eau de menthe, deux onces; de fleur d'oranger, une once; liqueur d'Hoffmann, dix gouttes; teinture de succin, de castoréum également dix gouttes; laudanum liquide, douze gouttes; sirop simple, une once à prendre par cuillerée à bouche, de deux heures en deux heures; et toutes les deux heures une pilule d'un grain d'assa fœtida et de conserve de roses. Dans l'après-midi, remission. Le soir, cessation complète de tous les symptômes. Nous prescrivons pour la nuit, dans la crainte que cette affection ne fût une remittente laryngée, six grains de sulfate de quinine, par dose d'un grain, d'heure en heure. L'enfant dormit paisiblement. Le 10, au matin, appétit; aliments. Le soir, *idem*. Le 11, et les jours suivants, cet état se soutient; guérison complète. (Blaud, *Nouvelle Biblioth. médic.* 1828.)

Gastralgie intermittente quotidienne. (Fièvre larvée.)

No 385. Une femme âgée de trente ans, maigre et très nerveuse, me consulta en 1817 pour des vomissements qui, depuis quelque temps, revenaient chaque jour, et la fatiguaient beaucoup. Elle se plaignait en outre d'une légère douleur à la région épigastrique, qui augmentait quand elle voulait vomir. C'était là toute sa maladie, car du reste elle n'avait pas de fièvre : la peau était fraîche, et sa figure ne paraissait presque pas altérée. J'employai pour la soulager les antiphlogistiques, l'opium, les antispasmodiques, la poudre de Columbo, l'anti-émétique de Rivière: tout fut inutile ; l'irritabilité de son estomac augmenta au point qu'il ne pouvait supporter ni les aliments, ni même les boissons les plus douces. Il y avait trois mois que cet état durait, et la malade se trouvait réduite en quelque sorte au dernier degré de marasme, lorsque je m'aperçus que les vomissements, qui étaient revenus jusque là à des époques indéterminées, se reproduisaient régulièrement à des heures fixes. Cette circonstance me fit naître la pensée de les combattre par le quinquina, et deux gros d'extrait de cette substance suffirent pour les arrêter. (Bonnet, *Traité des fièvres intermittentes.*)

Coliques intermittentes quotidiennes.

No 386. Un homme âgé de trente-huit ans éprouvait par intervalles de violentes douleurs d'entrailles, surtout autour du nombril, accompagnées d'une forte tension du ventre. Ces symptômes étaient ordinairement précédés d'une violente démangeaison du nez, de tintements d'oreilles, et d'un sentiment de chaleur et de tension dans l'hypocondre gauche; ils finirent par revenir

périodiquement chaque jour à la même heure. La cause de ce mal étant attribuée aux vents, on donna des carminatifs, des pilules de galbanum composées, sans aucun effet. Les idées du malade devinrent confuses, incohérentes; et il tomba, à la fin, dans une hypocondrie mélancolique confirmée; il assurait du ton de voix le plus déplorable, que son corps était de verre, et il ne faisait de mouvements qu'avec la plus vive crainte, s'imaginant qu'il allait être brisé et mis en pièces; il ne remuait pas ses mains ou ses pieds sans la plus grande précaution et après avoir long-temps délibéré; sa voix était faible, hésitante, indistincte: il avait de fréquentes palpitations du cœur, avec angoisses, soupirs, indigestions, etc. Le ventre était constamment dur et tendu; ses yeux étaient caves, les pupilles dilatées, les paupières tuméfiées, livides, l'haleine fétide. Perfect, jugeant par ces divers symptômes que les vers pourraient bien être la cause première du désordre de l'esprit, eut recours à des remèdes anthelmintiques, à l'aide desquels plusieurs gros vers lombrics furent expulsés, et le malade complétement guéri. (Matthey, *Maladies de l'esprit.*)

Coliques périodiques nerveuses, type quotidien.

No 387. Le général D***, âgé de trente-neuf ans, d'un tempérament bilioso-nerveux, contracta, à la suite de plusieurs traitements mercuriels et de plusieurs affections rhumatismales, des coliques d'abord légères, ensuite très douloureuses, qui revenaient tous les jours à des heures variables. Il avait trente ans, lorsqu'il ressentit les premières atteintes de ces accès. Bientôt ces coliques revinrent périodiquement aux mêmes heures et duraient environ pendant deux ou trois heures. Elles étaient caractérisées par des douleurs atroces, qui ne pouvaient être calmées qu'au moyen de l'opium pris à hautes doses, en boissons et en lavements. Un poids de quarante à cinquante livres, que l'on plaçait sur le ventre à l'aide d'un coussin intermédiaire, procurait aussi du soulagement; mais il arrivait souvent que tout cela était insuffisant. Alors un autre moyen calmant était mis en usage : il consistait en des secousses qu'on imprimait à tout le corps de M. D***, en le couchant sur une couverture que quatre hommes tenaient suspendue par les angles, et qu'ils agitaient simultanément, soit pour faire sauter le malade, soit pour le faire rouler rapidement et sans relâche, d'un bout à l'autre. Pendant l'accès que l'on parvenait à calmer, et qui durait, malgré tous les secours, trois ou quatre heures, les cris de désespoir et les imprécations du général rendaient sa situation effrayante. Il avait quelquefois des vomissements bilioso-muqueux dans le fort de la douleur, mais ordinairement c'était les aliments de la veille, réduits en chyme, qui étaient rendus. Pendant et après l'accès, la langue, la peau, le pouls étaient dans l'état le plus naturel; le ventre était constamment souple, affaissé; et sans aucune douleur par la pression, puisqu'un poids de quarante à cinquante livres était supporté et agissait en calmant. Jamais il n'y avait ni soif, ni mouvement fébrile. La constipation était habituelle et opiniâtre. Une fois l'accès passé M. le général D*** vaquait à ses affaires, mangeait et digérait assez bien les aliments légers dont il faisait usage. Cependant comme il maigrissait de plus en plus, M. D*** vint à Paris en 1814, pour consulter de nouveau sur son état. Il avait déjà vu un grand nombre de médecins, et avait tenté l'emploi de plusieurs médicaments toujours inefficaces. J'examinai le malade et j'appelai en consultation le savant et modeste Hallé, qui regarda cette singulière maladie comme une véritable névralgie des nerfs intestinaux. Des évacuations sanguines capillaires, qui jusque là avaient exaspéré les accidents, mais qui n'avaient pas été remises en usage depuis long-temps, furent conseillées. On les appliqua à l'anus, mais les douleurs n'en devinrent que plus atroces. Alors

on appliqua deux moxas sur la région lombo-dorsale. Le quinquina à hautes doses, et combiné avec l'opium, produisit beaucoup de soulagement. Cette dernière médication fut suivie d'un bien-être sensible et d'évacuations alvines spontanées, ce qui n'avait pas eu lieu depuis longues années, et les accès se trouvèrent suspendus; mais ils ne tardèrent pas à reparaître aux mêmes heures, et M. D*** se borna à prendre de l'opium à la dose de six, huit, dix et quinze grains par jour sous forme liquide. Ces accidents ont persisté jusqu'à la mort du général, qui eut lieu en 1820. (Polinière, *Études cliniques sur les émissions sanguines*, t. II, 1827.)

Epilepsie intermittente tierce. (Fièvre larvée de Lautter, fièvre pernicieuse de M. Alibert.)

N° 388. Vers la fin du mois de juillet, la fille d'un potier de terre, âgée de six ans, fut prise de frisson, ensuite de froid de peu de durée, suivi d'une forte chaleur et de convulsions horribles par tout le corps, qui durèrent quelques heures, pendant lesquelles la petite malade avait l'écume à la bouche, et était plongée dans un état d'assoupissement profond, avec sterteur. Lorsque je fus appelé, la malade était déjà réveillée, mais conservait encore de la fièvre, de la faiblesse et un grand mal de tête. En recherchant la cause de la maladie, j'appris qu'on la rapportait, soit à une grande frayeur, soit à du lait caillé que la malade avait pris, et dont elle avait rendu plusieurs fois des caillots au commencement de l'accès; d'après cela, je ne doutai point que cette maladie ne fût une véritable épilepsie; en conséquence, j'administrai un émétique pour évacuer le lait caillé qui pouvait encore lui être resté dans l'estomac, et je prescrivis des remèdes antispasmodiques et fortifiants.

Le lendemain la petite malade se trouva comme en parfaite santé. Le surlendemain, l'affection nerveuse dont il s'agit se manifesta de nouveau avec la même intensité, avec le même appareil de symptômes; elle commença et disparut de la même manière et aux mêmes époques, d'après le rapport que m'en firent ses parents. Alors je changeai mon diagnostic, et je soupçonnai de suite l'existence d'une fièvre intermittente qui se cachait sous l'apparence de convulsions épileptiques. Quoique je n'eusse point encore vu les urines de la malade, je prescrivis l'usage du quinquina, dont elle ne put user de suite, parce que son accès était peu éloigné, et que déjà des mouvements convulsifs commençaient à se manifester; mais une demi-once de quinquina fut administrée immédiatement après le paroxysme, et la malade fut délivrée promptement de cette fausse épilepsie, qui n'a plus reparu. (Lautter, *Hist. med. bienn.*, *casus* 2.)

Autre épilepsie avec le type tierce.

N° 389. Une fille, âgée de dix-huit ans, fut tout-à-coup, le 26 mai 1751, plongée dans un état de stupeur et d'assoupissement remarquable, comme si elle eût été attaquée d'apoplexie; elle était privée de toute sensibilité dans le bras et le pied du côté droit. Comme il était instant d'agir, on lui pratiqua une saignée qui fut suivie d'une véritable attaque d'épilepsie.

Le second jour, la maladie ayant cessé, j'administrai un purgatif. Le troisième jour un autre accès d'épilepsie se manifesta, en suivant un ordre régulier et périodique. Ce nouvel accès fut accompagné de chaleur, d'amertume à la bouche et de sueurs; il fut suivi de l'éjection d'urines troubles et déposant un sédiment briqueté.

Ayant reconnu, à tous ces indices, une fièvre intermittente, cachée sous la forme d'une épilepsie, je me contentai, pour tout remède, d'administrer

le quinquina, à l'aide duquel la malade se rétablit très bien et en très peu de temps. (Strack, *Obs. de feb. intermitt.*, obs. 56.)

Tissot rapporte qu'il a vu une épilepsie qui revenait périodiquement de deux jours l'un et à une heure fixe. (OEuvres, t. VII.)

Epilepsie intermittente tierce et quarte.

No 390. Une femme est effrayée à l'âge de cinquante-trois ans ; elle a des convulsions et reste épileptique. Les accès reviennent tous les deux ou tous les trois jours ; ils sont ordinairement très forts. Depuis quelques mois les accès se rapprochent ; elle meurt après un accès qui l'a laissée pendant cinq jours dans un état comateux. Autopsie. Hydatides de divers volumes, depuis le bulbe du cerveau jusqu'à l'extrémité lombaire du canal rachidien, contenues dans le sac formé par l'arachnoïde. Ramollissement de l'extrémité lombaire de la substance médullaire. La glande pituitaire contient un kyste rempli d'un fluide brun rougeâtre. (Esquirol, *Bulletin de la Faculté de médecine de Paris*, t. V.)

Manie intermittente tierce.

No 391. Madame D*** fut affectée à la suite de profonds chagrins et de revers de fortune, d'une mélancolie maniaque, dont elle fut traitée chez elle par MM. Hallé et Pinel. Ces célèbres professeurs, qui avaient jugé, dès la première consultation, qu'il était nécessaire que cette dame fût placée dans une maison de santé, voyant que la maladie résistait aux moyens les plus sagement combinés, décidèrent enfin la famille à mettre la malade dans un établissement consacré à l'aliénation mentale. C'est alors, le 4 mai 1803, qu'elle fut conduite dans ma maison, où elle présenta tous les symptômes d'un délire maniaque. Les secours thérapeutiques lui furent de nouveau administrés ; alors la manie diminua d'intensité, et dégénéra en une mélancolie compliquée d'accès maniaques qui, pendant six années, sont revenus tous les deux jours assez régulièrement. Ainsi madame D*** offrait un jour les symptômes d'un délire mélancolique caractérisé par l'avarice la plus sordide et la méfiance la plus grande, étant d'ailleurs assez douce, tranquille et taciturne ; mais le lendemain, ce délire partiel changeait de nature et devenait général ; alors la malade s'agitait, se tourmentait ; elle criait, elle s'emportait, elle était querelleuse, et se rendait insupportable par ses fatigantes importunités, et par sa loquacité bruyante et continuelle : c'est ce qui obligeait souvent de l'éloigner de la société, et de la tenir recluse pendant les jours d'agitation maniaque.

Depuis trois ans que l'âge de retour a amené la cessation des règles, les accès maniaques se sont calmés, et la malade est dans un état habituel de démence tranquille. (Dubuisson, *Traité des vésanies*, 1816.)

Monomanie intermittente tierce.

No 392. M. Kevel, âgé de cinquante-six ans, avait passé près de trois ans au service de la Compagnie des Indes, et il était arrivé à un poste honorable et lucratif. Quand il revint en Angleterre, il y a six ou sept ans, sa constitution et sa santé étaient bonnes, et cette dernière ne commença à se déranger qu'à la suite d'un débat électoral où il fut malheureux, et où il s'était livré à des travaux extrêmement fatigants de corps et d'esprit. Depuis lors les organes digestifs furent notablement troublés, et il devint sujet à une constipation qui continua jusqu'à la mort. Depuis cette époque, il devint sujet à une illusion qui revenait tous les deux jours, mais que le docteur Johnson ne fait pas connaître, ayant promis au malade par serment de ne jamais la révéler ; seulement il nous fait connaître que cette hallucination n'avait rapport à aucun crime

réel ou imaginaire. Le malade savait bien lui-même que ce n'était qu'une illusion ; du moins il le reconnaissait dans le bon jour, et il ne permit jamais aux médecins de le voir dans son mauvais jour. L'objet de l'illusion ne pouvait avoir aucun rapport avec la nature de la maladie. Si nous ne nous rompons, nous pensons que l'objet qui causait tant de tourments et de frayeurs au malade dans son mauvais jour était l'un des mauvais chiffres de ses combinaisons ; tandis que dans le bon jour il voyait le même objet sous un autre point de vue. Les souffrances du malade étaient de deux espèces : l'une était directement liée à l'illusion elle-même, qui, d'après son rapport, exerçait sur lui une influence hostile tous les deux jours, et qui se représentait à lui à chaque instant, dans son appartement, dans les rues, etc.; l'autre était une terreur inexprimable qui n'avait pas de rapport avec l'illusion, mais qui était plus forte le mauvais jour. Les souffrances de M. Kevel allèrent en augmentant ; on reconnut bientôt qu'il y avait de la monomanie et de l'aliénation mentale dans sa maladie; l'idée de suicide se mêlait à ses idées habituelles, et un jour on le trouva mort dans sa chambre, ayant à côté de lui une fiole de deux onces sur laquelle était écrit : acide hydrocianique de Schéele.

Autopsie. — Maigreur extrême ; tout le corps exhale une forte odeur d'acide prussique. L'estomac et les intestins ne présentent rien de très anormal. Le foie, la rate, le mésentère, les reins, et tous les viscères abdominaux étaient sains. Le plexus solaire, examiné avec soin, n'offrit aucune altération appréciable. Les poumons étaient farcis de tubercules ; les plèvres étaient presque partout adhérentes. Le cœur, de volume ordinaire, offrait une adhérence complète du péricarde dans toute son étendue ; il était induré, hypertrophié ; les parois du ventricule gauche avaient un pouce et quart d'épaisseur, et avaient presque totalement effacé sa cavité ; le sang était fluide partout ; les artères n'offraient rien d'anormal. Le crâne avait une dureté et une densité extraordinaires ; le cerveau était très sain, et sans signe appréciable d'altération. Le pneumo-gastrique du côté gauche, au point où il fournit le récurrent, présente un corps dur du volume d'une grosse fève ou d'une petite noix, composé d'une matière calcaire, et qui est unie si intimement avec le nerf qu'il est impossible de l'en détacher, même par la dissection la plus patiente ; ce corps étranger, qui paraissait être une glande bronchique altérée, avait pénétré dans le tissu du nerf lui-même, qui était épaissi sur ce point. (Johnson, *The medico-chirurgical Rewiew*, 1837.)

Délire intermittent tierce.

No 393. Un jeune homme de dix-huit ans, qui paraissait naturellement fort et robuste, s'étant livré à des excès prodigieux vis-à-vis du sexe, éprouvait, de deux jours l'un, un délire périodique qui dura près de trente jours, sans que les purgatifs réitérés aient pu en empêcher le retour. La saignée me paraissait totalement contre-indiquée par l'épuisement dans lequel était le malade. J'eus recours aux vésicatoires; mais il fallut bientôt en cesser l'usage, car ils jetèrent le malade dans les spasmes les plus violents. Les sangsues appliquées quatre jours de suite ne débarrassèrent que très peu la tête et augmentèrent l'abattement. J'employai ensuite le quinquina, d'abord à très petite dose, parce que je craignais d'augmenter les spasmes et la chaleur habituelle qui accompagnait la fièvre. On ne peut s'imaginer la rapidité avec laquelle ce médicament agit. Le premier jour, le délire fut presque aussi fort, mais beaucoup plus court; ce changement m'encouragea; j'augmentai la dose du quinquina. Le délire diminua considérablement de force et de durée. Je continuai ce traitement pendant quelques jours, et je dissipai entièrement ce délire opiniâtre. La convalescence ne fut pas longue, à proportion du temps qu'avait duré la maladie. Je finis par mettre le malade

au lait pour toute nourriture, pour adoucir la poitrine que le long usage du quinquina avait un peu échauffée. (Vandermonde, *Journal de méd.*, t. VI, an 1757.)

Kern rapporte l'observation d'une fille qui, de deux jours l'un, était prise d'un délire bien marqué; il commençait à deux heures après midi, et la malade demeurait, à chaque récidive, environ quatre heures dans l'état délirant dont il s'agit. (Déc. 3, années 5 et 6, p. 98.)

Asthme intermittent tierce.

N° 394. Un homme âgé de trente-six ans fut pris, le 15 mai 1752, d'une grande difficulté de respirer, d'une anxiété considérable dans la région précordiale, et de suffocation; son pouls était petit et fréquent. On lui fit promptement pratiquer une saignée, et on lui fit boire abondamment une boisson apéritive. Le jour suivant, le malade était calme, sa respiration était libre. Le troisième jour, l'asthme parut de nouveau, ainsi que le cinquième, en mettant entre les accès des intervalles fixes. Le sixième jour, l'urine fut trouble et déposa un sédiment semblable à de la brique pilée; le malade avait la bouche amère et du dégoût pour les aliments; en conséquence, je commençai par le purger, et je lui administrai le quinquina, à l'aide duquel l'accès d'asthme fut léger le septième jour, et la respiration ne tarda pas à devenir parfaitement libre. (Strack, *Obs. de febrib. intermitt.*, obs. 54.)

Hystérie tierce. (Febris intermittens sub passionis hystericæ larvâ.)

N° 395. Une femme âgée de trente-quatre ans, sujette à des attaques d'hystérie, se trouva mal tout-à-coup le 10 octobre 1748; elle présenta les symptômes suivants: anxiétés précordiales, respiration difficile, parole entrecoupée, spasmes dans l'abdomen et borborygmes; sentiment de strangulation, frayeur, goût dépravé, horripilations vagues, défaillances fréquentes, pouls petit et fréquent. Persuadé qu'il s'agissait d'une affection hystérique, je fis administrer à la malade l'esprit de corne de cerf, la teinture de castoréum et le laudanum liquide; le calme se rétablit bientôt, la malade reprit ses sens. Le lendemain, rien de particulier; les urines étaient ténues et limpides; mais le troisième jour, un accès tout-à-fait semblable revint et se termina par une sueur abondante répandue par tout le corps et exhalant une odeur particulière. Le quatrième jour, l'urine déposa un sédiment briqueté; j'administrai un purgatif à la malade. Le cinquième jour, il survint encore un accès semblable aux précédents, et toujours à des époques déterminées. Le lendemain, je fis prendre du quinquina qui guérit cette affection aussi bien qu'une fièvre intermittente ordinaire. (Strack, *Ouvrage cité*, obs. 51.)

Irritation cérébro-spinale et diaphragmatique, sous type tierce.

N° 396. Une jeune femme de dix-huit ans, peu après une fausse couche, et pendant que les lochies coulaient encore, fut atteinte d'une affection qui revenait de deux jours l'un, et dont chaque accès était caractérisé par le frisson et une douleur dans le dos; il survenait un peu de toux, puis des rots si fréquents qu'on en comptait quelquefois jusqu'à trois cents dans une heure; durant la période de chaleur, il y avait délire avec mouvements convulsifs de la tête, des pieds, des bras et de la mâchoire inférieure; il y avait en même temps douleur, distension de l'abdomen et défaillance.

Vers la fin de l'accès, qui avait coutume de se prolonger de huit à douze heures, tous les symptômes énoncés cessaient, et la malade se trouvait bien

pendant tout le temps de l'apyrexie. Il y avait constamment un jour d'intervalle entre les accès. Cette maladie céda à l'emploi des purgatifs, des fébrifuges et des antispasmodiques. *Act. nat. curios.*, déc. 2, an 2.)

Hystérie intermittente quarte.

No 397. De La Roche rapporte l'observation d'une dame de vingt-deux ans, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, qui avait une hystérie avec le type quarte, et dont il obtint la guérison par l'usage intérieur des fleurs de zinc et des bains tièdes. (*Journal de médecine*, t. LII, an. 1779.)

Duncas-Baine rapporte qu'il a observé une épilepsie qui revenait tous les trois jours régulièrement chez son fermier. (*Observ. Edimb.*, t. V, pag. 753.) Lanzoni a également observé une épilepsie chez un homme de haut rang; il en était attaqué tous les trois jours régulièrement, et il se trouvait bien après cette attaque. (*Dec.* 3, an. 3, pag. 34.)

Mélancolie intermittente quintane.

No 398. Medicus rapporte qu'il a guéri un homme d'une mélancolie qui récidivait régulièrement tous les quatre jours; cet homme, durant le jour de l'accès, n'était occupé que de pensées religieuses et désespérait entièrement de son salut. (*Maladies périodiques*, pag. 44.)

Toux périodique, type hebdomadaire ou octane.

No 399. Un enfant de dix à douze ans, fort et bien constitué, n'offrait rien dans l'aspect de sa physionomie qui pût faire soupçonner un état maladif; son teint vif et coloré ne s'altérait que dans le moment de ses accès, qui avaient lieu à peu près toutes les semaines, et qui s'annonçaient par des maux de tête avec étourdissement, toux sèche, serrement de poitrine, nausées, vomissements, etc., lesquels symptômes se dissipaient ensuite dans l'ordre de leur inversion. Le malade éprouva ces accidents pendant deux ans sans qu'on pût les expliquer ni y remédier. Consulté sur ce genre d'affection, M. Pinel, médecin de l'hôpital de Cherbourg, crut pouvoir les attribuer à une névralgie des nerfs pneumo-gastriques, et le traitement justifia l'axiome: *curatio ostendit morbi naturam.* Il conseilla les pilules de Méglin, qui réussirent parfaitement. (*Journal général de médecine.*)

Mélancolies et épilepsies, type octane.

No 400. Emmanuel Kœnig a observé l'exemple d'une femme, qui était attaquée de mélancolie une fois chaque semaine ou tous les sept jours; le jour de son accès, elle croyait qu'elle allait comparaître devant ses juges et être condamnée à mort. (*Dec.* 2, an. 9, pag. 224.)

Wedel a vu un exemple d'épilepsie, qui récidivait régulièrement toutes les semaines; elle avait lieu chez une demoiselle de qualité. (*Dec.* 2, ann. 2, pap. 325.)

Prætorius rapporte aussi l'histoire d'une dame, âgée de cinquante ans, qui était attaquée d'épilepsie une fois par semaine; elle survenait régulièrement à l'heure du souper. (*Mémoire de méd. de la société de Bude*, part. I.)

Epilepsie avec le type duodécimane.

No 401. Un jeune homme âgé de vingt-trois ans, d'un tempérament bilieux, d'une constitution fort irritable, d'une extrême sensibilité, sujet dans son enfance à des mouvements convulsifs et à des fièvres intermittentes, éprouva, vers l'âge de seize ans, des attaques de convulsions qui prirent bientôt le caractère de l'épilepsie. Ces attaques, d'abord irrégulières et assez

rares, venaient presque toujours à la suite de quelque cause accidentelle, comme un mouvement de colère, une erreur de régime, une vive émotion de l'âme. On avait observé que les liqueurs spiritueuses, et surtout le punch, même en petite quantité, décidaient constamment une attaque de cette épilepsie. Lorsque le malade atteignit sa dix-huitième année, il n'avait encore eu que sept à huit accès de courte durée, auxquels on s'était contenté d'opposer les bains, les tempérants, les antispasmodiques et le régime. A cette époque, l'épilepsie, qui existait depuis deux ans, se présenta sous une forme périodique, et le malade eut, pendant cinq ou six mois, une attaque régulière tous les quinze ou vingt jours. L'état périodique de la maladie n'ayant pas fixé l'attention des médecins qui traitaient le malade, on ne l'attaqua point spécialement par le quinquina. Bientôt elle cessa d'être périodique; les accès ne se formèrent plus qu'à des intervalles très éloignés; il n'en survint que sept à huit dans l'espace de seize mois. A vingt ans, les attaques se rapprochèrent peu à peu par le défaut de régime du malade; après sa vingt-unième année, il en avait jusqu'à trois ou quatre par mois, et il lui arrivait quelquefois d'en éprouver plusieurs le même jour. Il était dans cette situation fâcheuse en 1806, lorsqu'il consulta le professeur Dumas, qui, après lui avoir prescrit inutilement différents remèdes, imagina de régulariser les accès de cette épilepsie et de la rendre périodique, afin d'opérer sa guérison comme celle des fièvres intermittentes, par le moyen du quinquina. Cet habile praticien ayant calculé que le nombre d'accès qui avaient eu lieu les années précédentes était (terme moyen) de vingt-neuf à trente pour une année, et que ce nombre des accès divisé par celui des jours donnait, à peu près, un accès pour chaque douzième jour, choisit de préférence le type *duodécimane;* on crut qu'il convenait de rappeler périodiquement un accès d'épilepsie tous les douze jours, pour la rendre plus facilement périodique, ou lui donner le type intermittent dont il s'agit. Sachant que l'usage du punch déterminait constamment le retour de l'épilepsie, il fit administrer cette liqueur au malade tous les douze jours régulièrement. Cette tentative fut des plus heureuses; car il décida périodiquement, de douze en douze jours, plusieurs accès dont l'ordre et la succession ne furent troublés par aucune attaque intermédiaire, ni par aucune espèce d'accidents. La quantité du punch employée dans chaque épreuve fut graduellement diminuée; l'épilepsie ne laissa point de se manifester chaque fois avec la même régularité. A la fin du troisième mois, le renouvellement et l'habitude des attaques prévalurent; elles continuèrent de se former tous les douze jours sans être provoquées, et malgré la suppression totale du punch. Le caractère périodique devint l'affection essentielle et dominante. On attendit le quatrième accès, pour considérer et traiter la maladie comme si elle était réellement intermittente ou périodique; alors on fit donner le quinquina pendant l'intermission. A l'aide de ce médicament, la force et la durée des accès diminuèrent promptement; le malade, au lieu de ses attaques d'épilepsie, n'eut bientôt qu'un léger mouvement de vertiges, accompagné de la contraction des extrémités supérieures. Les vertiges se dissipèrent à leur tour, et la maladie cessa complétement. (Dumas, *Journal général de médecine*, t. XXXIX.)

Asthme intermittent dont les paroxysmes répondent exactement aux époques des pleines et des nouvelles lunes.

N° 402. Une dame âgée de quarante-trois ans, d'un tempérament bilieux, d'une constitution sèche, ayant le système nerveux très susceptible, des règles très abondantes, et presque toute sa vie d'une santé très faible, éprouva, au mois de septembre 1775, à la suite d'une grande frayeur, une difficulté

de respirer fort semblable à l'*asthme*, et qui dura pendant deux jours, mais à des degrés différents. L'espace de deux jours étant écoulé, tous les maux s'évanouirent, la malade se sentit très bien, et sa respiration devint aussi libre que dans l'état de santé. Ce bien-être dura pendant dix ou douze jours, au bout desquels, sans cause apparente, la difficulté de respirer recommença, se soutint pendant le même intervalle de temps, disparut de nouveau pour revenir encore après dix ou douze jours, pour disparaître au bout de deux jours, et continuer ainsi de la même manière pendant un grand nombre d'années. On remarqua que le retour des accès avait lieu régulièrement l'avant-veille de la pleine ou de la nouvelle lune, et qu'ils se terminaient constamment avec les deux jours qui précédaient ces phases lunaires. Les jours d'intermission se comptaient depuis le jour même de la nouvelle, jusqu'à l'avant-veille de la pleine lune suivante, et du jour de la pleine lune à l'avant-veille de la nouvelle. Dans le jour qui précédait cette avant-veille, la malade éprouvait une certaine oppression dans toute la cavité de la poitrine; c'était une annonce certaine de la dyspnée, ou difficulté de respirer, qui devait survenir à la tombée du jour suivant; alors la malade était obligée de se mettre au lit; une orthopnée violente avait lieu exactement de neuf à onze heures du soir. Pendant le reste de la nuit, et tout le jour suivant, la gêne de la respiration se soutenait, mais n'empêchait pas la malade de reposer et de respirer, quoique couchée; l'orthopnée revenait à neuf heures du soir le lendemain, et durait également deux heures. A la pointe du jour suivant, qui était celui de la pleine ou de la nouvelle lune, la respiration reprenait son état naturel; la malade quittait le lit, et se portait bien jusqu'à la nuit de l'avant-veille de la prochaine lunaison. Cette maladie persista avec la même régularité pendant environ vingt-deux ans, depuis le mois de septembre 1775, jusqu'à la nouvelle lune du 17 mars 1798. Vers la fin, la malade avait acquis une si grande sensibilité nerveuse, que les moindres impressions suffisaient pour rappeler la difficulté de respirer durant les jours d'intermission. La menstruation avait un période différent de celui des accès asthmatiques; quand les deux périodes se rencontraient, l'un cédait à l'autre; les règles, par exemple, s'arrêtaient tout-à-coup pour recommencer lorsque l'accès d'asthme était terminé. L'affection dont il s'agit a cédé peu à peu par le seul bienfait de la nature, et à mesure qu'il s'est manifesté à l'œil gauche une cataracte précédée de huit mois de douleurs assez fortes dans le même côté de la tête. Parmi les remèdes tentés pour soulager la malade, on n'a retiré des avantages que de l'emploi de la saignée et du quinquina, qui calmaient un peu la difficulté de respirer, si ce n'est pendant le temps de l'orthopnée, sur lequel ces remèdes paraissaient n'avoir aucune influence avantageuse; hors le temps d'orthopnée, il suffisait de tirer à la malade deux ou trois onces de sang pour la soulager. (Hallé, *Journal de méd., chirurg.*, etc., t. I.)

Epilepsie intermittente, types quindécimane et mensuel.

N° 403. Julie S***, âgée de seize ans, d'un tempérament bilieux, fut prise de convulsions à l'époque de la dentition. Depuis, jusqu'à quatorze ans, elle n'avait rien éprouvé qui dénotât chez elle une disposition prochaine aux maladies convulsives. A quatorze ans, des chagrins vifs et prolongés, puis une peur, déterminèrent bientôt un accès épileptique qui eut lieu le matin, la malade étant assise. Cet accès, qui dura cinq minutes, arriva sans signes précurseurs. La malade fut prise subitement de mouvements convulsifs légers dans le tronc et les membres, qui se roidirent, les poings étant fermés, les pouces rétractés; perte de connaissance, écume à la bouche. Après l'accès, la malade éprouva quelques envies de vomir. Accès semblable au bout

de quinze jours, et ainsi tous les quinze jours pendant plusieurs mois. Un chirurgien, qui la traita dès le commencement, lui fit boire chaque jour, pendant près d'un an, une pinte d'eau bouillie sur du mercure, et chaque matin une cuillerée d'eau de fleur d'oranger avec quelques gouttes d'huile empyreumatique. Pendant ce traitement parut la première éruption des règles, qui fut précédée de beaucoup de coliques. L'écoulement ne dura que deux jours, et ne reparut que trois mois après; il n'y eut point d'accès d'épilepsie pendant cet intervalle; mais les menstrues ayant ensuite coulé régulièrement, les accès sont venus exactement tous les mois, jusqu'au mois de nivose dernier que, sans cause connue, ils ont commencé à revenir tous les quinze jours sans dérangement dans les règles. Ils ont suivi la même marche jusqu'à présent. Cette jeune personne jouit d'ailleurs d'une assez bonne santé; elle mange avec appétit, dort bien; seulement elle se plaint d'éprouver de temps en temps des contractions involontaires dans les membres supérieurs. (Maisonneuve, *Recherches et observations sur l'épilepsie*, p. 98.)

Passion hystérique, type quindécimane.

No 404. Muller rapporte qu'un homme était sujet à une espèce d'hystérie qui revenait par accès, et régulièrement tous les quinze jours. Il sentait d'abord, pendant six heures, des borborygmes dans le bas-ventre; il lui semblait même y sentir un poids rouler de côté et d'autre. Après cela il éprouvait une anxiété, des palpitations de cœur, un serrement de poitrine, des défaillances, etc., ce qui durait six autres heures, après lesquelles le mal diminuait. Au bout du même intervalle de temps, il ne sentait plus de mal à la poitrine. Enfin, après six autres heures, il n'éprouvait plus aucun mal, de sorte que tout cessait entièrement au bout de vingt-quatre heures. (*Cent.* 9, 10, p. 373.)

Epilepsie intermittente quindécimane.

No 405. Un homme, âgé de soixante-trois ans, mourut le 14 avril 1817, à l'Hôtel-Dieu de Paris, salle Saint-Bernard, n° 11, à la suite d'une pneumonie aiguë. Il était épileptique depuis douze ans: chaque accès commençait par un hoquet très violent qui durait une ou deux minutes, accompagné d'une sensation que le malade comparait à l'ascension d'une boule qui eût remonté de l'estomac vers le pharynx. Tous les liquides qu'on lui donnait étaient alors rejetés avec force. La perte de connaissance succédait à cet état, et durait deux ou trois minutes, puis tous les accidents cessaient. Ce spasme convulsif et momentané, qui revenait périodiquement tous les quinze jours, avait été considéré par plusieurs médecins comme un état tout-à-fait différent de l'épilepsie. Pendant l'accès, la perte de sensibilité était complète.

A l'ouverture du cadavre, on observa les traces évidentes de la pneumonie à laquelle le malade avait succombé. Tous les organes de l'abdomen étaient sains. Le cerveau et le cervelet n'offraient rien de particulier; mais au milieu de la substance du bulbe rachidien, on trouva deux tubercules, l'un du volume d'une petite noix, l'autre de la grosseur d'une noisette; ils étaient adhérents entre eux, et enveloppés chacun dans un kiste très mince. La substance médulaire qui les entourait n'offrait aucune altération. (Ollivier, *Traité des maladies de la moelle épinière*, t. II.)

Epilepsie intermittente mensuelle.

No 406. François L***, âgé de vingt-deux ans, d'un tempérament sanguin, avait joui de la meilleure santé jusqu'à quinze ans; à cet âge, étant à la halle à vendre des fraises, un jour d'été excessivement chaud, une fruitière avec

laquelle il venait de conclure un marché, l'invita à boire un verre d'eau-de-vie. A peine avait-il porté le verre à sa bouche qu'il tomba dans un accès épileptique complet, à la suite duquel il resta tout le reste du jour sans connaissance. Il fut transporté à Montreuil dans cet état. Le chirurgien du lieu lui administra de suite un vomitif et lui fit une copieuse saignée au pied. Le lendemain à peine se ressentait-il de son accident. Un mois après, second accès presque aussi fort que le premier, et dans lequel il fut aussi saigné du pied. Depuis cet époque jusqu'à présent, retour des accès tous les mois régulièrement, avec les mêmes symptômes; mais la longueur des accès un peu moindre que dans les premières années. Rien ne les annonce : le malade tombe tout-à-coup comme frappé d'apoplexie ; son corps et ses membres sont peu agités; ses yeux sont fermés, son visage pâle et couvert de sueur; sa bouche écumante ; sa respiration ressemble à celle d'un apoplectique. Cet état dure une demi-heure, après laquelle le malade reste deux ou trois heures étendu dans l'endroit où il est tombé, comme plongé dans un profond sommeil. Un verre d'eau fraîche favorise le retour à la connaissance. Ce jeune homme demeure à Bicêtre depuis un an ; il n'y a subi aucun traitement. (Maisonneuve, *Observations sur l'épilepsie*, p. 3.)

Phénomènes nerveux hydrophobiques avec le type mensuel.

N° 407. Le 14 mars 1818, on apporta à l'Hôtel-Dieu de Paris une jeune fille qui était sans connaissance. Elle offrait tous les symptômes d'une méningite portée au plus haut degré d'intensité. Sa mère, qui l'accompagnait, dit que depuis cinq ans, sa fille était sujette à des accidents nerveux très remarquables qui se manifestaient à chaque époque menstruelle. Ces accidents s'annonçaient d'abord par la sensation d'une boule qui remontait vers le pharynx et qui la suffoquait. Alors, comme les personnes enragées, elle tressaillait et avait horreur des liquides; elle perdait ensuite connaissance pendant quelques minutes. Ces accès duraient une heure environ. M. Petit prescrivit une application de sangsues aux tempes. Le soir même, un nouvel accès semblable aux précédents eut lieu, et dans la nuit la malade succomba.

A l'ouverture du crâne, on trouva une méningite de la base du cerveau. Le bulbe rachidien contenait dans son centre une tumeur du volume d'une noix, d'une consistance squirrheuse, et dont l'incision fit reconnaître un kyste épais et résistant, rempli de matière tuberculeuse complétement ramollie. La substance médullaire du bulbe, écartée en tous sens par le développement de ce tubercule, formait une couche peu épaisse. Il y avait deux excavations tuberculeuses dans le poumon droit. (Ollivier, *ouvrage cité*.)

Affection nerveuse présentant des symptômes d'hystérie et de tétanos, revenant périodiquement à chaque époque menstruelle, et alternant, pendant le même accès, avec une manie furieuse.

N° 408. Une jeune femme accusée de complicité dans un empoisonnement fut amenée dans les prisons de Saint-Michel étant enceinte. Elle y accoucha; son enfant mourut peu de temps après sa naissance. Cette femme ne tarda pas à se rétablir de sa couche; mais ses règles ne reparaissant point, elle éprouva chaque mois, à l'époque où elles devaient paraître, des accidents nerveux qui continuaient pendant deux jours, et suivaient à chaque retour la marche suivante : d'abord la malade se plaignait de sentir à la région de l'estomac une vive douleur, à laquelle succédaient bientôt de violents efforts pour vomir, et le vomissement d'une matière mêlée de sang, dont la malade

éprouvait continuellement le goût, et dont les assistants distinguaient très bien l'odeur. Quelques minutes après, convulsions très fortes des muscles des membres et du thorax, pendant lesquelles la respiration était laborieuse et précipitée; alors perte de connaissance, tétanos universel dans lequel le corps se courbait en arrière en forme d'arc; les yeux étaient fixement dirigés vers le ciel; une écume roussâtre sortait de la bouche. Peu à peu cessation du tétanos, inspirations prolongées; les yeux de la malade se dirigeaient sur les assistants et avaient quelque chose de hagard; ses gestes annonçaient d'abord qu'elle souffrait horriblement, et bientôt elle l'exprimait par des paroles entrecoupées. A peine quelques minutes de calme avaient succédé à cet état violent que la malade se levait, et, si on la laissait libre, cherchait quelque instrument tranchant pour en frapper ceux qui l'entouraient, et qu'elle menaçait avec fureur; mais tout-à-coup elle retombait par terre sans connaissance, et l'accès décrit se renouvelait, suivi bientôt de manie, et ainsi alternativement deux jours de suite. Une saignée lui ayant été faite pendant un des accès, le lendemain elle était hémiplégique. Cette hémiplégie s'étant dissipée au bout de quelques jours, la malade fut transférée dans une prison plus saine, où on ignore ce qu'elle est devenue. (Maisonneuve, *Recherches et observ. sur l'épilepsie.*)

Hystérie, type mensuel. (Epilepsie hystérique de l'auteur.)

N° 409. Rosalie M***, âgée de vingt-trois ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une forte constitution, née à Paris de parents sains, fut bien portante jusqu'à quatorze ans que les précurseurs de la menstruation ayant commencé à se manifester, elle fut prise d'accès hystériques, qu'on ne put attribuer qu'à la difficulté que les règles avaient à s'établir. Elles parurent cependant bientôt, mais très irrégulières et en petite quantité, chaque éruption fut constamment précédée ou suivie des accès nerveux dont il s'agit, lesquels ne revenaient qu'à cette époque précise; ils manquaient rarement de se manifester à chaque retour des menstrues, à moins que celles-ci ne coulassent très abondamment, ce qui n'arrivait que quelquefois. Cette affection a persisté jusqu'à présent, malgré plusieurs traitements par les saignées, les sangsues, les vésicatoires, les antispasmodiques. Les accès s'annoncent quelques jours d'avance par des coliques dans le bas-ventre et une lassitude extrême. Au moment de leur invasion, la malade éprouve un sentiment de suffocation; puis deux ou trois minutes après, chute, perte de connaissance, convulsions très fortes du tronc et des membres; face rouge, point d'écume à la bouche. Vers la fin de l'accès, qui dure à peu près un quart d'heure, efforts de vomissement dans lesquels la malade ne rend rien. Après l'accès, elle se sent très fatiguée. Sa santé d'ailleurs ne paraît pas dérangée; néanmoins, depuis quelque temps, elle éprouve de la faiblesse dans les jambes, qui enflent vers le soir. Il y a deux mois qu'elle habite la Salpêtrière. (*Id., ibid.*)

Stahl (*Theoria medica patholog.*) cite le cas d'un jeune homme de dix-huit ans, qui avait eu dans sa première enfance quelques accès d'épilepsie dont il était absolument quitte. Ayant été réveillé brusquement à trois heures du matin par son maître, il en eut sur-le-champ un accès; c'était le jour avant le dernier quartier de la lune; dès lors il en revint régulièrement tous les mois une attaque constamment à la même heure, et toujours à peu près à la même époque de la lunaison.

Houlier a vu l'épilepsie récidiver régulièrement tous les mois chez un ecclésiastique. (Marcell. Donat., *Hist. mirab.*, p. 52.)

Autre hystérie avec le même type.

N° 410. Thérèse B..., d'un tempérament sauguin, d'une forte constitution, ne fut réglée qu'à l'âge de dix-huit ans; jamais ses règles ne furent abondantes et proportionnées à la masse du sang qui établissait chez elle une véritable pléthore; l'époque de l'écoulement menstruel était d'ailleurs constamment très pénible et très orageuse. Arrivée à l'âge de vingt-six ans, sans aucune autre maladie, voici ce qu'elle éprouve maintenant (mars 1823), la veille ou le jour même que s'annonce le retour périodique des règles : céphalalgie, dégoût, inappétence, renvois, espèce de crampes et de douleurs plus ou moins vives dans la région épigastrique, et surtout dans le bas-ventre où la malade éprouve la sensation d'un poids qui semble refluer dans les bras, les jambes, et les affaiblit au point qu'elle ne peut plus se soutenir et qu'elle est obligée de se mettre promptement sur un lit, ou de se jeter par terre; là elle se roule un instant, verse des larmes, éprouve des mouvements convulsifs et s'évanouit pendant quelques minutes; puis la malade se réveille abattue et comme fatiguée par un long et pénible sommeil. Un malaise général continue à se faire sentir pendant quelques heures. Quelquefois Thérèse éprouve des douleurs si vives qu'elle ne peut trouver une place supportable, qu'elle mord ses habillements ou ses couvertures, et pousse des cris jusqu'à ce que l'écoulement menstruel soit établi; lorsqu'il a continué pendant deux ou trois jours sans interruption, elle est soulagée, elle reprend son appétit, sa gaieté et ses forces, jusqu'à la période menstruelle suivante; alors le même appareil de souffrances ou d'autres nuances de phénomènes analogues sont reproduits par la même cause et sous l'influence de la même modification organique de la matrice. Les bains, les saignées, les sangsues, la diète végétale, les exercices multipliés, soulagent la malade sans la guérir entièrement. (Mongellaz, *De la nature et du siége des affections convuls. comat. mental., etc.*, 1828.)

Manie périodique revenant tous les mois et tous les trois mois.

N° 411. Lanzoni rapporte l'exemple d'une femme, âgée de quarante ans, qui, tous les mois et à certaines époques, devenait furieuse pendant deux jours entiers; après ce temps, elle revenait à elle et recouvrait sa raison comme auparavant. (Centur. 9, 10, p. 15.)

M. B*** étant devenu maniaque par suite de vifs chagrins et de revers inattendus de fortune, fut conduit à l'Hôtel-Dieu de Paris pour y être traité. Mais les moyens thérapeutiques qu'on employa n'ayant point eu de succès, le malade sortit de cet hôpital le 8 thermidor an v, pour être conduit dans mon établissement où il est resté pendant seize années consécutives. Quelque temps après son entrée dans ma maison, son affection mentale a changé de nature, et la manie est dégénérée en une démence compliquée d'accès maniaques qui se manifestaient périodiquement vers les équinoxes du printemps et de l'automne, et vers les solstices d'été et d'hiver. Alors l'aliéné, qui était ordinairement assez doux et tranquille, devenait turbulent, irascible et audacieux; il s'agitait, il chantait, et criait nuit et jour, il déchirait ses vêtements et mettait en pièces les couvertures, les draps et les matelas de sa couche, parce qu'il s'imaginait qu'ils étaient couverts de serpents, de vipères, etc. Ces accès, plus ou moins longs, duraient ordinairement une quinzaine de jours et étaient souvent précédés d'un trouble plus ou moins grand dans les fonctions digestives. (Dubuisson, *Ouvrage cité*.)

Le célèbre Milton était aliéné depuis l'équinoxe de mars jusqu'à celui de septembre, et pendant l'hiver il jouissait de l'intégrité de ses fonctions in-

tellectuelles. Après quelques années de cette périodicité d'affection mentale, il devint aveugle. Deveze qui rapporte ce fait, regarde cette cécité comme le résultat d'un effort critique du cerveau. (*Recherches sur la sensibilité.*)

Le docteur Daquin dit qu'il a traité une jeune femme atteinte de manie, sur laquelle il a observé constamment que les accès revenaient périodiquement et avec plus de force et d'intensité aux approches des nouvelles et des pleines lunes. (*Essai météorologique sur la véritable influence des astres*, par Tœldo Vicentin, trad. de l'italien par Daquin.)

Epilepsies intermittentes revenant tous les trois mois, tous les six mois et tous les ans.

N° 412. Frédéric Hofmann a vu l'épilepsie récidiver tous les trois mois dans un enfant, chez lequel elle avait eu une peur pour cause; elle persévéra jusqu'à l'âge de quatre ans. (*Oper. med.*, t. III, p. 17)

Westphal a observé une semblable affection qui récidivait régulièrement tous les six mois, chez une demoiselle de vingt-huit ans; les attaques duraient quelques jours, après quoi la malade se portait bien pendant les intervalles et jusqu'à ce que six autres mois fussent écoulés. (*Act. nat. cur.* t. VIII, obs. 64)

Van Swieten (*Comment. aphor.*, t. II.) et Lieutaud (*Méd. prat.*, p. 218.), rapportent avoir vu des exemples d'épilepsie qui revenaient périodiquement deux fois par an, ou tous les six mois, et d'autres qui ne récidivaient que tous les ans.

CHAPITRE V.

RÉFLEXIONS ET CONCLUSIONS RELATIVES AUX IRRITATIONS INTERMITTENTES INTERNES.

Les faits nombreux que nous avons rapportés dans les quatre chapitres précédents nous semblent prouver d'une manière incontestable tout ce que nous avons avancé touchant les irritations intermittentes internes; ils nous semblent prouver qu'il existe dans les viscères bon nombre d'irritations périodiques subinflammatoires et hémorrhagiques, un plus grand nombre d'irritations intermittentes nerveuses, et des exemples beaucoup plus multipliés encore d'irritations intermittentes inflammatoires. Toutes ces irritations peuvent se présenter sous des types très variés d'intermittence; elles peuvent changer de type et en présenter successivement plusieurs différents; elles peuvent exister quelque temps sous le type continu avant de passer au type intermittent, et passer également de l'intermittence à la continuité, quel que soit le type qu'elles présentent dès leur début, comme on en voit des exemples sous les n°s 187, 191, 192, 202, 207,

217, 226, 266, 268, 281, 286, 288, 299, 302, 313, 336, 346, 349, 362 et 364.

Toutes les irritations périodiques internes peuvent exister avec fièvre ou sans fièvre ; mais nous avons vu que les irritations inflammatoires déterminaient fréquemment des phénomènes sympathiques ou fébriles, tandis que les autres espèces d'irritations intermittentes, surtout les hémorrhagies et les névroses, n'exerçant que peu ou point de sympathies sur le cœur, l'estomac, etc., étaient rarement accompagnées de fièvre. Nous avons remarqué que dans plusieurs cas d'irritations intermittentes internes dont on avait fait des *fièvres pernicieuses essentielles*, la fièvre n'avait point existé comme sous les n°s 146, 147, 148, 149, 156, 284, 289, 301, 303, 312, 314, 336, 372 et 388; d'autres fois cette fièvre était peu sensible au début de ces irritations périodiques, c'est-à-dire pendant que les symptômes locaux et inflammatoires étaient peu intenses, mais elle se développait plus tard, et aussitôt que ces symptômes avaient acquis une intensité plus ou moins considérable, comme on peut s'en assurer sous les n°s 150, 151, 153, 185, 206, 260, 268, 269, 272, 273, 284, 288 et 289. Or, nous le demandons, qu'étaient ces affections avant d'être des fièvres essentielles, puisqu'elles n'ont pas toujours été accompagnées de flèvre? D'autres fois les irritations dont il s'agit, après avoir été long-temps fébriles, ont cessé de présenter la fièvre par l'amendement de leur symptômes locaux, et ont persisté plus ou moins long-temps à un faible degré, et sans phénomènes sympathiques ou fébriles, comme le prouvent les observations sous les n°s 188, 194, 196, 242, 247, 258, 263, 286, 287, 289 et 290. Dans ces derniers cas, serait-ce donc par un caprice de sa volonté qu'aurait disparu l'être essentiel et pernicieux appelé fièvre? Peut-on affirmer qu'il n'ait aucun rapport avec les irritations qu'il a accompagnées pendant un certain temps? ou s'il en a, pourrait-il être cause d'affections locales qui l'ont précédé et qui peuvent seules persister sans lui? Il y a d'autres exemples d'irritations périodiques internes, dans lesquels la durée et l'intensité de la fièvre sont dans un rapport toujours exact avec la durée et l'intensité des symptômes locaux constituant les accès ou les redoublements de ces irritations, et dans lesquels la fièvre retarde ou n'a point lieu, suivant que les symptômes dont il s'agit éprouvent quelque retard dans leur développement ou cessent de revenir, comme on peut le voir sous les n°s 191, 192,

195, 197, 204, 219, 220, 221, 234, 235, 236, 240, 248, 249, 251, 256, 258, 278, 281, 285 et 286. Or, dans ces cas, la fièvre serait-elle essentielle ou indépendante des organes, puisqu'elle se développe, s'exaspère et disparaît constamment de concert avec une affection locale évidente, puisqu'elle se modifie, s'arrête, revient avec cette affection et semble s'identifier avec elle.

Nous avons vu que les irritations périodiques internes pouvaient, comme les externes, se succéder les unes aux autres, alterner entre elles ou se remplacer réciproquement ; mais nous avons observé que c'était presque toujours des affections de même nature qui se comportaient ainsi les unes à l'égard des autres, et qui avaient coutume de se remplacer tour à tour par une espèce de mouvement critique. C'est là une loi presque constante et qu'offre partout l'histoire des irritations intermittentes, quelle que soit leur nature et quel que soit leur siége à l'extérieur ou dans les viscères : partout on voit des hémorrhagies nouvelles remplacer des hémorrhagies anciennes ou habituelles, des subinflammations succéder à des subinflammations, des affections nerveuses alterner avec des affections nerveuses, des inflammations récentes faire disparaître des inflammations anciennes ; mais comme les irritations inflammatoires sont un composé morbide plus complexe et auquel les autres modes d'irritation prennent toujours une part plus ou moins sensible, il n'est pas rare que des inflammations périodiques se terminent par des irritations hémorrhagiques et subinflammatoires, ou lymphatico-exhalantes. On peut voir des observations qui établissent tous les différents cas dont nous venons de parler sous les n°s 205, 210, 212, 229, 257, 268, 276, 281, 293, 310, 320, 336, 382, 383 et 391.

Les causes des irritations périodiques des viscères, lorsqu'elles sont indiquées dans les exemples que nous venons de rapporter, sont toutes stimulantes ou de nature à produire un surcroît d'action organique qui n'est plus compatible avec l'exercice régulier de leurs fonctions. Ces causes sont en général les mêmes que celles indiquées par les auteurs comme productrices des mêmes affections sous le type continu ; il en est absolument de même à l'égard des symptômes ; et abstraction faite de leur courte durée, de leur retour périodique à des époques déterminées, les symptômes des irritations intermittentes internes sont constamment les mêmes que ceux qui servent à caractériser des irritations

continues de même nature : c'est ainsi qu'une pneumonite, une pleurite rémittentes ou intermittentes par exemple, nous ont offert durant leurs exacerbations ou leurs accès, de l'oppression, de la toux, une respiration courte et pénible, un sentiment profond d'anxiété et de douleur ressentie ou augmentée par l'inspiration, un point de côté plus ou moins violent, des crachats rouillés, parfois sanguinolents, un pouls plein, fréquent, des sueurs autour de la poitrine, la coloration des pommettes; en un mot, tous les principaux signes de la pneumonite ou de la pleurite ordinaires, comme le prouvent les faits consignés sous les n[os] 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222 et 223.

Le diagnostic a été facile à établir pour la plupart des maladies périodiques, fièvres larvées, et le grand nombre de prétendues fièvres pernicieuses essentielles dont nous avons rapporté des exemples : nous voulons dire qu'il a été le plus souvent facile de découvrir les organes malades dont les influences sympathiques donnaient lieu aux différents groupes de symptômes qui constituent ces prétendues fièvres. Presque toujours ce diagnostic a été porté dans le principe et par les médecins qui en ont tracé l'histoire, tel que nous le portons nous-même aujourd'hui, et tel que tout médecin attentif et non prévenu ne pourra manquer de le porter d'après l'histoire de ces maladies : si quelques praticiens ont changé leur diagnostic durant le cours des affections dont il s'agit, ils ne l'ont fait que lorsqu'ils ont vu disparaître pendant un certain temps leurs symptômes caractéristiques, et qu'ils les ont vus reparaître à des époques déterminées, c'est à dire lorsqu'ils ont constaté leur intermittence ou la périodicité de leurs exacerbations ; c'est la circonstance seule de l'intermittence ou de la périodicité qui leur en a imposé, puisque la même maladie qu'ils avaient reconnue sous la forme ordinaire d'une hémorrhagie, d'une névrose, d'une phlegmasie, avant qu'ils eussent remarqué cette circonstance, a été ensuite transformée en *fièvre intermittente essentielle*, *cachée sous le masque* d'une hémorrhagie, d'une névrose, et plus souvent d'une inflammation, comme le prouvent les faits sous les nos 164, 185, 186, 198, 199, 200, 207, 208, 209, 227, 228, 240, 246, 254, 256, 257, 258, 261, 263, 264, 283, 285, 287 et 291. Cependant la différence de type n'apporte à cet égard aucune difficulté plus grande que celle

qu'on rencontre lorsque les mêmes affections présentent le type continu : comme pour celles-ci, la difficulté de découvrir les organes malades et la nature de leur lésion s'est fait plus particulièrement sentir dans l'histoire des névroses, qui sont de toutes les maladies celles dans lesquelles la doctrine physiologique a porté le moins de lumière, vu qu'elle n'est point encore secondée par un assez grand nombre de recherches anatomico-pathologiques. C'est ici particulièrement qu'on voit l'ancien édifice des maladies *essentielles*, des affections *vitales*, s'écrouler sans être remplacé encore par rien de satisfaisant ; mais du moins, placé dans le doute et l'expectative, persuadé qu'il s'agit d'y regarder de plus près, d'examiner avec plus d'attention tous les faits qui se présentent à son observation, le médecin physiologiste attend avec prudence, ou ne s'avance qu'en éclaireur, prêt à s'arrêter aussitôt que la boussole physiologique ne le dirige plus.

Comme pour les maladies continues, le diagnostic des irritations intermittentes hémorrhagiques et subinflammatoires des viscères, est d'autant plus facile et plus certain qu'on voit s'écouler, ou être porté au dehors d'une manière quelconque, une certaine quantité de sang ou de tout autre fluide produit ou amené par une irritation ou une subinflammation locale évidente ; c'est une donnée d'autant plus précieuse que ces affections, comme nous l'avons dit, développent rarement des phénomènes généraux ou sympathiques qui puissent servir, comme dans la plupart des phlegmasies, à découvrir le mode de souffrance plus ou moins prononcé des organes malades.

Le pronostic des irritations intermittentes internes n'est point toujours aussi pernicieux qu'on voulait jadis le faire croire. Si elles sont assez souvent des affections graves, cette gravité n'est point due à quelque chose de pernicieux attaché à l'intermittence, à la fièvre, ou puisqu'elle n'existe, cette gravité, qu'en raison de l'importance des organes affectés, en raison de l'activité ou du mode d'action des causes, et de l'intensité des symptômes, comme cela s'observe pour les maladies continues. Bien plus, il est certain que les affections périodiques des viscères, lorsqu'elles sont traitées convenablement, sont moins graves, toutes choses égales d'ailleurs, et plus facilement curables, que les mêmes affections sous le type continu. Si parfois elles ont paru plus graves ou plus pernicieuses, si elles ont eu des résultats plus funestes, c'est parce qu'on n'a point eu recours à

un traitement méthodique ; c'est parce que l'intermittence est venue comme un épouvantail embrouiller le diagnostic, faire hésiter dans le choix des moyens convenables, et parfois faire négliger ou retarder l'emploi de ceux qui seuls pouvaient sauver les malades, comme le prouvent les observations rapportées sous les n°s 149, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 169, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 202, 213, 217, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 242, 243, 245, 250, 260, 266, 271, 274, 282, 347, 352, 362, 368, 371, 392 et 407. Car nous avons vu, relativement au mode de traitement des irritations intermittentes internes, que les moyens qui soulagent les malades durant leurs accès, sont constamment ceux employés comme curatifs des mêmes affections sous le type continu ; ainsi les narcotiques, les calmants, les antispasmodiques, ont été utiles, comme moyens palliatifs, pendant les accès des irritations intermittentes nerveuses ; les saignées, les sangsues, et en général tous les moyens antiphlogistiques, adoucissants et émollients, ont presque toujours amendé les symptômes durant les accès des irritations intermittentes inflammatoires. Souvent ces derniers moyens ont suffi pour guérir des phlegmasies périodiques ; et, dans tous les cas, ils disposent si bien les malades à l'ingestion du quinquina ou du sulfate de quinine, que ce médicament manque alors très rarement son effet prophylactique et qu'une dose très modérée suffit le plus souvent pour prévenir de nouveaux accès. La pratique d'un très grand nombre d'auteurs a été parfaitement d'accord, sur ce point, avec les principes de la doctrine physiologique ; puisque, si l'on en juge par les exemples nombreux de phlegmasies intermittentes internes que nous avons rapportés, on voit que presque tous les médecins qui les ont observés, sous quelques noms qu'ils les aient reconnus, ont employé contre elles des moyens antiphlogistiques émollients et adoucissants ; on voit que les uns en ont fait la base de leur traitement, et les ont guéries par ces seuls moyens, comme on peut le voir sous les n°s 214, 247, 248, 249, 251, 255, 262, 263, 278, 284, 287 et 293. Les autres ne les ont employés que durant les accès, comme moyens palliatifs ou modérateurs des symptômes actuels, et comme propres à favoriser l'action des remèdes dits *fébrifuges* qu'ils ont administrés durant l'intermission.

On a vu que les affections intermittentes des viscères pou-

vaient quelquefois guérir spontanément et sans le secours du quinquina par le développement à l'extérieur de quelques affections de même nature qui les remplacent par une espèce de mouvement critique, ou avec lesquelles elles ont alterné plusieurs fois comme dans les observations sous les n°s 205, 210, 212, 229, 257, 268, 276, 281, 293, 310, 320, 336, 382, 383 et 391.

Enfin, on a vu que le quinquina ou le sulfate de quinine était le remède curatif par excellence pour les irritations intermittentes internes comme pour les externes; on a vu que ce précieux médicament, administré convenablement durant l'intervalle des accès, guérissait toute espèce d'irritation périodique, quel que fût son siége dans les viscères et quelle que fût sa nature, pourvu que ses accès fussent bien réguliers et qu'il y eût entre eux un intervalle de rémission ou d'intermission plus ou moins marqué. Comme pour les affections intermittentes externes, l'efficacité du quinquina est d'autant plus grande et plus assurée contre les irritations périodiques internes, que leur type d'intermittence est lui-même plus fixe et plus parfait; cette efficacité diminue dans la même proportion que ce type se rapproche davantage de la continuité; car, si cette écorce ou ses diverses préparations ont encore été utiles ou efficaces contre des affections rémittentes, ce n'est plus le même degré d'utilité ou d'efficacité; nous avons vu qu'il n'était pas rare alors qu'il ne résultât un effet nuisible de leur administration par la voie de l'estomac, surtout quand les phlegmasies rémittentes avaient leur siége dans les organes digestifs; nous avons vu qu'il était alors indiqué d'insister davantage sur le traitement antiphlogistique qui faisait quelquefois remonter les irritations rémittentes à la périodicité quand il ne parvenait pas seul à les guérir; dans ce dernier cas, l'indication antipériodique devenait plus positive et plus efficace. Enfin, dans les circonstances douteuses à l'égard du type, quand les irritations ne faisaient qu'éprouver des rémissions et des redoublements plus ou moins sensibles, nous avons reconnu qu'on pouvait encore avec succès recourir aux mêmes moyens, mais presque toujours en lavements, en frictions à la surface cutanée ou selon la méthode endermique, et toujours en secondant leur emploi par un régime approprié, et en revenant, au besoin, aux moyens antiphlogistiques les plus convenables.

Toutes les propositions émises jusqu'ici, toutes les conséquences qui en ont été déduites, ne sont que l'expression des faits nombreux que nous avons rapportés, et s'appliquent à toutes les irritations périodiques internes, quelle que soit leur nature, hémorrhagique, subinflammatoire, nerveuse et inflammatoire. Il n'est aucun médecin qui ne convienne aujourd'hui franchement qu'on ait eu tort de faire des fièvres intermittentes pernicieuses *hémorrhagique*, *hémoptysique*, *gastro-entérorrhagique*, *ménorrhagique* et *métrorrhagique*, comme on l'a fait sous les nos 300, 303, 311, 312 et 314, et même des fièvres intermittentes *partielles* ou *larvées*, comme dans les observations sous les nos 301 et 308, dans lesquelles on a transformé autant d'hémorrhagies, le plus souvent fort peu graves, en autant de fièvres pernicieuses essentielles, et même en fièvres larvées, et cela uniquement à cause de leur type périodique. N'est-il pas évident que dans tous ces cas l'on rend pernicieux un être appelé fièvre qui n'existe pas? Il valait encore mieux, à l'exemple de Storck, en faire des fièvres larvées, c'est-à-dire des hémorrhagies déguisées en fièvres intermittentes, à cause de la ressemblance de leur type avec celui de ces fièvres.

S'il y a des cas rares d'hémorrhagies périodiques, qui semblent devoir faire une exception, et dans lesquels les symptômes généraux, fébriles et gastriques, ont été assez prononcés pour être taxés de *pernicieux*, comme dans le fait sous le no 300, observé par M. Trousseau, il est aisé de reconnaître alors qu'il n'y a pas seulement une hémorrhagie, mais une irritation sécrétoire du foie et des follicules muqueux ou une subinflammation plus ou moins vive et rapide du foie et de la membrane muqueuse gastro-intestinale, comme le prouvent, soit les vomissements purement bilieux qui précédaient et suivaient l'hémorrhagie dont il s'agit, soit la douleur épigastrique plus ou moins forte qui se faisait sentir peu de temps avant le retour des accès hémorrhagiques. Dans ce dernier cas même, l'on ne peut pas dire qu'il s'agît d'une fièvre pernicieuse essentielle, hépatique ou hémorrhagique, parce que les symptômes fébriles sont à peine marqués, et parce que ces symptômes, comme les frissons, ne sont que le résultat de l'influence sympathique de l'irritation gastro-hépatique sur le cœur, le cerveau et la moelle épinière; ce ne sont donc pas ces symptômes évidemment sympathiques qui peuvent constituer la fièvre pernicieuse essentielle; ce n'est pas

non plus, comme le dit M. Trousseau, l'intermittence ou la périodicité de l'hémorrhagie, car ce n'est là évidemment encore qu'une circonstance accessoire dans l'évacuation sanguine, comme nous en rapportons un si grand nombre d'exemples, dont les auteurs n'ont pas songé à en faire des fièvres intermittentes, par de bonnes raisons, puisqu'il n'y avait pas de fièvre. Il n'y a donc, en dernière analyse, rien d'essentiel et de pernicieux dans le fait dont il s'agit, que l'hémorrhagie elle-même et l'irritation sécrétoire ou subinflammatoire concomitante. Cette hémorrhagie périodique nous donne une idée assez exacte de l'entité pernicieuse que jusqu'à ce jour on a appelée *fièvre intermittente hémorrhagique* ou *hépatique*, puisqu'un des auteurs les plus récents qui aient écrit sur les fièvres intermittentes, M. Bonnet, nous donne le fait dont il s'agit pour une *fièvre pernicieuse hépatique bien caractérisée* (les évacuations noires et sanguines étant, selon lui, le *phénomène principal et caractéristique* de cette fièvre); et puisque cette espèce particulière de fièvre pernicieuse n'est appuyée uniquement que sur ce dernier fait, et sur deux exemples analogues que M. Alibert a puisés dans Torti, comme nous le verrons. On sait d'ailleurs qu'à l'époque où M. Alibert soutenait « qu'on pouvait encore placer dans le tableau des fièvres intermittentes pernicieuses, la fièvre dont les paroxysmes étaient spécialement caractérisés par une évacuation sanguine périodique, comme une hémoptysie, par exemple, » un praticien, dont la modestie égale le savoir, ne craignit pas de faire les réflexions suivantes : « On peut penser que la fièvre intermittente maligne hémoptysique, que l'on voudrait introduire comme une nouvelle variété des fièvres pernicieuses, doit être reléguée, avec plusieurs autres variétés, parmi les espèces imaginaires de ce genre de maladies. A ce sujet nous remarquerons que les médecins rendront de bien plus grands services à la science, et parviendront plus tôt à se faire un nom solidement établi, en étudiant bien les causes, la marche et les symptômes des maladies déjà existantes, qu'en *en créant* de nouvelles, dont les analogues ne sauraient jamais se présenter aux yeux des praticiens observateurs (1). »

Il en est absolument de même des fièvres pernicieuses *hydrocéphalique*, *diarrhéique*, *mésentérique*, etc., dans lesquelles on ne peut s'empêcher de reconnaître l'irritation subinflamma-

(1) Double, *Journal général de médecine*, t. XXXI.

toire de l'arachnoïde, de la muqueuse intestinale, et des ganglions mésentériques. Quant aux fièvres intermittentes pernicieuses *convulsive* et *asthmatique,* adoptées encore récemment par M. Bailly et par M. Nepple, les autopsies du premier, et le mode de traitement du second, ne laissent aucun doute sur l'existence des phlegmasies dont la fièvre et les phénomènes asthmatique et convulsif ne sont que la conséquence. Voici le fait qui a servi à M. Nepple de fondement pour créer sa fièvre pernicieuse *asthmatique,* dans lequel pourtant on ne peut guère voir autre chose qu'une phlegmasie de la muqueuse pulmonaire et digestive sous type rémittent quotidien.

No 413. La femme Mallet, âgée de cinquante-quatre ans, d'un tempérament nerveux-sanguin, et d'un embonpoint considérable, résidait à Montluel depuis un mois ; tourmentée par des peines morales, et atteinte depuis cette époque d'un catarrhe bronchique, sans fièvre, elle apprend tout-à-coup une nouvelle fâcheuse ; presque aussitôt elle ressent un frisson court, suivi d'une constriction violente du thorax, d'étouffement, d'une toux sèche, convulsive, avec face rouge, grand mal de tête, soif, bouche brûlante, douleur comme déchirante dans tous les membres, surtout dans les cuisses et le gras des jambes, pouls concentré, irrégulier, délire loquace, avec alternatives de pleurs et de rires; l'épigastre et tout le ventre étaient douloureux à la pression. Douze sangsues au fondement, hémorrhagie faible, tisane de fleurs de mauve et de violette. Au bout de huit heures tous ces symptômes ont presque disparu ; sueur, apyrexie, un peu d'appétit. Deuxième jour : à la même heure (deux heures après midi), retour de l'accès d'une manière plus violente ; apyrexie complète au milieu de la nuit. Troisième jour, six grains de sulfate de quinine, deux gros de poudre de quinquina en deux doses, vésicatoire au bras, diète ; à deux heures légers frissons, suivis promptement de chaleur et de sueurs, sans symptômes graves. Quatrième jour, quatre grains de sulfate de quinine. La fièvre ne revient pas; le catarrhe bronchique est amélioré ; le vésicatoire a produit un gonflement considérable au bras. (*Essai sur les fièvres rémittentes et intermittentes*, 1828.)

M. Nepple soutient qu'une phlegmasie, quelle que soit son intensité, ne peut développer des symptômes aussi variés et aussi violents que ceux qui constituent cette observation ! Ces symptômes seraient en effet difficiles à expliquer si l'on ne voyait dans ce fait qu'un simple catarrhe bronchique, parce qu'il est bien rare qu'une irritation inflammatoire ou subinflammatoire de la muqueuse qui tapisse les bronches, puisse développer des phénomènes fébriles et sympathiques aussi remarquables que ceux dont il s'agit. Mais M. Nepple a-t-il donc réfléchi à tout l'effet d'une nouvelle fâcheuse chez une femme très irritable et affectée depuis un mois d'un catarrhe bronchique? a-t-il réfléchi qu'une affection morale très vive allait retentir avec violence au centre

nerveux épigastrique ou ganglionnaire dont l'estomac reçoit la première et la plus forte irradiation ? Cet organe, vivement irrité, n'a-t-il pas pu appeler sur lui et provoquer ce mouvement fluxionnaire rapide qui s'est fait de l'extérieur à l'intérieur pour constituer le frisson fébrile; de là une augmentation vive et rapide de l'irritation bronchique et pulmonaire, caractérisée par la constriction, l'étouffement, la toux convulsive; de là l'irritation inflammatoire de l'estomac caractérisée par la soif, la bouche brûlante, la douleur épigastrique; de là enfin les influences sympathiques sur le cerveau, pour produire la céphalalgie et le délire; et sur la moelle épinière pour développer les douleurs des membres, etc. Il nous paraît qu'il suffit de porter l'analyse physiologique dans les phénomènes qui caractérisent l'observation dont il s'agit, pour s'en rendre compte facilement, et pour faire disparaître tout le prestige de la *fièvre pernicieuse asthmatique.*

Ce que nous venons de dire des fièvres convulsive et asthmatique est applicable à toutes les autres espèces de fièvres intermittentes pernicieuses, depuis la fièvre encéphalique ou apoplectique, jusqu'à la pernicieuse néphrétique et puerpérale, comme nous le verrons bientôt.

Le nombre des phlegmasies périodiques et fébriles des viscères s'est tellement accru depuis quinze à vingt ans, par l'attention plus grande qu'on a donnée à ce genre de maladie, que si l'on voulait aujourd'hui transformer chacune d'elles en fièvre pernicieuse, il faudrait plus que quintupler le dernier tableau, présenté en 1820 par le professeur Alibert. Parmi les exemples nombreux de phlegmasies intermittentes internes, qui ont été publiés depuis cette époque, nous n'avons eu que l'embarras du choix, et l'on peut considérer ce choix comme très heureux, puisqu'il nous permet d'offrir à nos lecteurs plus de cinquante observations de phlegmasies rémittentes ou intermittentes périodiques, ou de prétendues fièvres larvées et pernicieuses, suivies d'autopsie, et dont les lésions organiques ne laissent aucun doute sur la nature et le siége de la maladie. Sur ce nombre nous n'empruntons que six observations à M. Bailly, qui en rapporte un grand nombre d'autres semblables (une trentaine au moins), dans l'ouvrage dont nous avons parlé. L'examen des causes, l'analyse des symptômes de la plupart de ces observations, et jusqu'au diagnostic porté par la plupart des praticiens qui les ont recueillies, jusqu'au traitement qu'ils ont employé,

tout, en un mot, dans l'analyse des faits anciens et modernes, nous a confirmé dans les principes que nous avons posés en commençant, et nous a encouragé dans une tâche qui n'a paru téméraire qu'aux écrivains entichés des vieux systèmes, ou prévenus contre toute espèce de nouveauté ou d'avancement dans la science; aux médecins routiniers qui n'aiment pas à sortir de leurs habitudes et des formules médicales qui leur sont familières; enfin aux nombreux auteurs qui ont payé leur tribut aux fièvres essentielles, et qui voient avec regret qu'on poursuit jusque dans ses derniers retranchements ce dogme si long-temps respecté de l'essentialité des fièvres et des névroses.

Si les anciens n'ont point laissé d'observations de fièvres intermittentes pernicieuses avec des autopsies, bien qu'ils aient publié un assez grand nombre de faits touchant les fièvres intermittentes ordinaires, cela provient de ce qu'ils ne regardaient point comme appartenant à la fièvre intermittente les altérations organiques trouvées dans les cavités cérébrale, thoracique et abdominale, à la suite de la fièvre dont il s'agit; et s'ils font parfois mention de quelques engorgements du foie ou e la rate, ou de ce qu'ils appelaient des obstructions, c'est parce que celles là seules avaient le privilége d'avoir quelque rapport avec la fièvre d'accès prolongée, dont ils étaient les *cadeaux* ou les *gâteaux*. Alors donc qu'ils trouvaient des lésions dans les poumons, dans le canal digestif, ou dans le cerveau, à la suite d'une fièvre intermittente quelconque, larvée ou de mauvais caractère, ces lésions étaient considérées comme le résultat d'affections pulmonaire, gastrique ou cérébrale, sans nul rapport avec la fièvre, qui n'était alors qu'une complication, *et vice versâ;* c'est-à-dire que l'inflammation, trouvée, par exemple, dans le poumon d'un individu mort de fièvre intermittente pernicieuse pneumonique, a été donnée comme le résultat d'une pneumonie ordinaire, dont les symptômes étaient venus compliquer ceux d'une fièvre intermittente *essentielle;* on consignait à part ce qui avait rapport à la pneumonie, sans faire mention de la fièvre, et à part ce qui avait rapport à la fièvre, sans faire mention de la pneumonie. Plusieurs autres raisons expliquent pourquoi l'anatomie pathologique a été si long-temps dépourvue de faits relatifs aux fièvres intermittentes pernicieuses. « On n'a pu, dit le professeur Alibert, procéder, jusqu'à ce jour, qu'à un très petit nombre d'ouvertures cadavériques chez les individus frappés de symptômes pro-

pres aux fièvres intermittentes pernicieuses, par deux raisons principales : la première qu'on peut alléguer, est que ces affections, quelque redoutables qu'elles soient, se terminent néanmoins d'une manière favorable lorsqu'elles sont régulièrement traitées par un médecin instruit ; la seconde, c'est que, quand le malade succombe par l'inexpérience de l'homme de l'art, *ce dernier n'est guère porté à s'appliquer à ce genre de recherches.* » Aveu bien naïf et bien digne de l'historien des fièvres pernicieuses *essentielles !*

Pour établir qu'il existe de véritables subinflammations et hémorrhagies périodiques, de vraies inflammations et névroses intermittentes internes, avec fièvre et sans fièvre, nous avons souvent et par choix rapporté les mêmes exemples d'hémorrhagies, de subinflammations, de névroses et de phlegmasies dont on s'était servi pour *créer* des fièvres pernicieuses essentielles, et grossir le tableau si imposant que nous avions déjà de ces redoutables entités fébriles. Nous avons fait un tel choix, entre plusieurs autres observations, afin de rapprocher les exemples qu'on a fait entrer dans le tableau dont il s'agit, de plusieurs autres analogues, souvent puisés dans les mêmes auteurs, et dont on n'a point songé à faire des fièvres pernicieuses essentielles, ou dans lesquelles on n'a vu rien d'*essentiel* dans la fièvre, rien de *pernicieux* dans les symptômes, quoiqu'ils présentassent le type intermittent et plusieurs symptômes fébriles ; tandis qu'on a pris, dans d'autres circonstances, des affections intermittentes locales, même sans fièvre, pour en faire des fièvres pernicieuses essentielles ! Ces rapprochements, que nous aurions pu multiplier, font voir qu'on a fait un choix assez arbitraire entre toutes les affections intermittentes externes et internes, fébriles et non fébriles, pour former cette grande classe de fièvres intermittentes essentielles que leur nom de *pernicieuses*, autant que la réputation de leurs historiens, ont rendues si célèbres.

Nous allons maintenant passer en revue toutes les différentes espèces de fièvres intermittentes dont l'ensemble constitue le tableau des fièvres pernicieuses ; nous nous arrêterons spécialement à celles qui se trouvent décrites dans le traité le plus complet et le plus renommé, en un mot le seul traité *réputé classique* que nous possédions sur les fièvres dont il s'agit ; nous voulons parler du *Traité des fièvres intermittentes pernicieuses* du professeur Alibert, dont cinq éditions se sont succédé avec

une très grande rapidité jusqu'en 1821. Depuis cette époque, la renommée de l'auteur et sa haute position sociale n'ont pas empêché la raison publique d'en faire justice, malgré les éloges flatteurs qu'il n'a cessé de recevoir, et malgré le surnom de *classique* qui lui a été congratulé, en 1830, par M. Boisseau. Ce n'est pas que depuis 1821 on se soit peu occupé des fièvres intermittentes ; il n'y a point de maladies au contraire qui aient été l'objet de plus fréquents mémoires, de plus sérieuses méditations, de plus longues et de plus vives discussions dans les journaux de médecine, et sur lesquelles on ait écrit un plus grand nombre d'ouvrages depuis une quinzaine d'années, que sur les fièvres ou maladies dont il s'agit. Parmi ces ouvrages, il y en a de remarquables, soit par le nombre et la variété des faits qu'ils contiennent, soit par les nombreuses recherches d'anatomie pathologique dont ils font connaître le résultat, soit par les théories diverses qui ont été adoptées, soit enfin par les modifications importantes qu'on a fait subir aux méthodes thérapeutiques. Nous citerons en particulier ceux de MM. Bailly, Nepple, Bonnet et Maillot, ouvrages qui sortent de la ligne commune de tant de productions éphémères qui, n'étant pas nées viables, se perdent dans la poussière des bibliothèques quand toutefois elles y arrivent. Pour notre part, quelle que soit notre manière de voir, différente sous plusieurs rapports de celle des écrivains dont il s'agit, nous avons été saisi d'une véritable admiration pour des ouvrages fruits de longs travaux et de sérieuses méditations ; aussi nous sommes-nous empressé d'y puiser quelques uns des faits les mieux caractérisés et les plus importants qu'ils renferment, tantôt pour les offrir comme des modèles à suivre, tantôt pour discuter ce qui nous a paru s'écarter des principes de la doctrine physiologique.

Relativement aux fièvres intermittentes pernicieuses, M. Nepple, sans en admettre d'une manière absolue et un nombre déterminé, se tient à cet égard dans une prudente réserve, et quand il s'en présente à lui parmi les autres fièvres intermittentes et rémittentes dont il trace les histoires, il se contente de placer à côté de la fièvre le nom de telle inflammation ou de telle lésion organique existant avec elle. Ce sont le plus souvent des fièvres et des inflammations qui naissent, marchent, se dissipent et reviennent ensemble sans trop avoir de rapport entre elles, sans que les unes soient plutôt que les autres la cause ou

l'effet. Cependant M. Nepple, dans le rang qu'il leur assigne, met constamment l'inflammation après la fièvre, comme pour indiquer que celle-là n'est qu'un produit ou une complication accidentelle de celle-ci. Cette opinion diffère un peu de celle de M. Bailly, qui, dans sa théorie romantique des fièvres pernicieuses, fait marcher parallèlement la fièvre et l'inflammation sans qu'elles aient aucun rapport entre elles; ce sont comme des roues tenues à distance par un essieu imaginaire qui les empêche de se rapprocher et de se heurter, quelque long et difficile que soit le trajet qu'elles parcourent ensemble. Aujourd'hui MM. Bonnet et Maillot se contentent d'opérer une réforme dans le tableau des fièvres intermittentes pernicieuses de M. Alibert, après laquelle réforme ils admettent un certain nombre de fièvres pernicieuses, je ne dirai pas essentielles, car ces écrivains ne sont pas *essentialistes purs,* comme dit M. Bailly; M. Bonnet, par exemple, reconnaît souvent la prédominance des symptômes inflammatoires sur les symptômes fébriles, et regarde, dans plusieurs circonstances, la fièvre intermittente comme secondaire ou dépendante de la phlegmasie périodique concomitante de tels ou tels viscères. M. Maillot, au contraire, dont les autopsies sont si nombreuses et si concluantes pour décider la nature inflammatoire de la lésion la plus fréquente, la plus étendue et la mieux caractérisée, soit pendant la vie, soit après la mort de ses fièvreux; M. Maillot semble reconnaître sinon l'essentialité pure des fièvres intermittentes précieuses, du moins une essentialité nerveuse, ou une dépendance unique du système nerveux cérébro-spinal, qui est en contradiction continuelle et évidente avec la majorité des faits qu'il rapporte, avec toutes ses autopsies, qui nous dévoilent des lésions inflammatoires aiguës et chroniques dans la muqueuse digestive et ses annexes; très souvent des traces de congestion ou des phlegmasies aiguës dans les organes cérébraux et rachidiens, quelquefois aussi dans les organes thoraciques. Quant aux lésions nerveuses proprement dites, nous n'avons pas su les reconnaître ni les distinguer des lésions inflammatoires dans cet *axe cérébro-spinal,* grand pivot de nervosité autour duquel M. Maillot et d'autres écrivains modernes voudraient aujourd'hui en faisant reculer de plus d'un siècle les progrès de la science, enchaîner non seulement toutes les fièvres intermittentes, mais encore toutes les maladies périodiques. Au point où nous en sommes arrivé de l'histoire de ces

maladies, nous n'avons pas besoin de revenir à un système que nous avons battu en brèche, et qui s'est écroulé dès les premières pages de notre livre.

Revenons plutôt à nos tableaux de fièvres pernicieuses, tels que les ont modifiés MM. Bonnet et Maillot. Le premier en reconnaît douze, qui sont: la *cholérique*, la *dysentérique*, la *cardialgique*, l'*hépatique*, la *pneumonique* ou *pleurétique*, l'*apoplectique*, la *délirante*, l'*hydrophobique*, l'*algide*, la *diaphorétique*, la *carditique* et la *syncopale*. Cette énumération nous prouve que M. Bonnet retranche la moitié des fièvres pernicieuses du professeur Alibert; et, chose remarquable et bien singulière, le premier fait lui-même deux identités fébriles à part, soit de la cholérique et de la dysentérique, soit de la carditique et de la syncopale, dont ce dernier ne fait qu'une seule et même fièvre essentielle; car, pour M. Alibert, la cholérique et la dysentérique ne constituent qu'une même espèce, comme aussi la syncopale et la carditique, autrement le nombre de ses espèces de fièvres pernicieuses s'élèverait à vingt-deux au lieu de vingt. Puisque toutes les fièvres pernicieuses de M. Bonnet sont comprises, sauf les modifications indiquées, dans le tableau des fièvres pernicieuses de M. Alibert, nous les discuterons en faisant l'analyse de ces dernières. M. Maillot trouve ce tableau *trop vaste*, et pour le rendre moins vaste, il en détache d'abord modestement les fièvres pernicieuses *exanthématique* et *rhumatismale*, parce qu'il les trouve trop *bénignes* pour les ranger, dit-il, parmi des fièvres dont les accidents sont si graves, que la mort est imminente et même presque certaine, au troisième ou quatrième accès, quand on ne les arrête pas dans leur marche. Selon ce dernier écrivain, les fièvres intermittentes pernicieuses sont: 1° celles qui se rattachent à la lésion de l'appareil cérébro-spinal, telles que la *comateuse* (1), la *délirante*, l'*algide*, la *tétanique*, l'*épileptique*, l'*hydrophobique*, la *cataleptique*, la *convulsive* et la *paralytique*; 2° celles dont les symptômes caractéristiques et dénominateurs sont fournis par les organes de l'abdomen, telles que la *gastralgique* ou *cardialgique*, la *cholérique*, l'*ictérique*, l'*hépatique*, la *splénique*, la *dysentérique*, la *péritonique*; et pour l'appareil urinaire, la *cystique* et la *néphrétique*; 3° les fièvres pernicieu-

(1) Cette variété, dit M. Maillot, qui est la plus fréquente, a reçu d'autres dénominations, telles que *soporeuse, léthargique, carotique, apoplectique*.

ses dont les symptômes caractéristiques sont fournis, soit par le cœur, telles que la *syncopale* et la *carditique;* soit par les poumons, telles que l'*hémoptoïque*, la *pleurétique* et la *pneumonique.*

Ainsi l'on voit d'après ce tableau que M. Maillot, tout en reconnaissant *trop vaste* celui du professeur Alibert, s'est vu forcé de l'agrandir encore ou d'en multiplier les espèces, dont il pousse le nombre jusqu'à vingt-trois, sans doute pour y faire entrer tous les faits qui sont à sa connaissance relativement aux fièvres intermittentes pernicieuses. On voit que cet auteur, sans doute par les mêmes motifs que M. Bailly, c'est-à-dire *parce qu'il est plus commode de suivre l'usage adopté*, reconnaît, comme M. Alibert, un très grand nombre de fièvres intermittentes pernicieuses, sans penser qu'il avait dit et reconnu que toutes les divisions de fièvres pernicieuses de Torti et de M. Alibert devaient être *rapportées à la lésion* ou du cerveau et de ses dépendances, ou des organes abdominaux, ou des viscères contenus dans la cavité thoracique. On voit de même, quand il s'agit de la théorie de ces fièvres, que M. Maillot, après avoir docilement (et uniquement d'après le titre de son livre) embrassé le système de la nervosité cérébro-spinale, s'en écarte cependant pour placer hors de ce système environ les deux tiers de ses fièvres pernicieuses dont il reconnaît les symptômes *caractéristiques* dans les viscères pectoraux et abdominaux, comme ses autopsies y font voir les lésions organiques les plus remarquables. Cependant ce ne sont pas seulement les fièvres pernicieuses *exanthématique* et *rhumatismale* de M. Alibert qui sont mises à la réforme par M. Maillot, ce sont encore la fièvre intermittente *diaphorétique*, la *céphalalgique*, la *dyspnéique*, l'*aphonique* et la *catarrhale.* Après avoir fait cette épuration, M. Maillot devient à son tour novateur, sinon créateur de quelques autres espèces qui n'ont point été connues ou admises par M. Alibert; ces espèces constituent les fièvres pernicieuses *tétanique*, *cataleptique*, *paralytique*, *splénique*, *péritonitique*, *cystique* et *hémoptoïque.* Les quatre premières avaient été déjà admises par MM. Colombot, Osanam et Puccinotti; les autres par MM. Osiander, Coutanceau et Arloing. Nous ignorons par quels motifs M. Maillot, après avoir réformé sept fièvres pernicieuses du tableau de M. Alibert, veut en proclamer ou en admettre sept autres qui ne valent guère mieux. Cet écrivain ne se met pas en peine de légitimer son opinion à cet égard, car il ne rapporte ni ne cite point

de faits à l'appui, ou qui tendent à prouver l'existence des espèces fébriles ou des entités pernicieuses intermittentes dont il s'agit. Quant à nous, qui rapportons sous les n°s 370, 371, 372, 373, 374, 375 et 377, plusieurs observations de tétanos, de catalepsie et de paralysie intermittentes, sans fièvre, et qui n'ont fait courir aucun danger aux malades qui en ont été atteints, nous n'avons pas su y voir des fièvres intermittentes pernicieuses, mais seulement des affections nerveuses périodiques. M. Dance, à qui nous devons les trois faits les plus détaillés et les mieux caractérisés de tétanos intermittents qui existent dans les annales de la science, et dont nous avons emprunté celui sous le n° 375, qui, livré à lui-même, n'a point menacé les jours du malade; M. Dance, tout en reconnaissant qu'il aurait pu transformer ce tétanos intermittent en fièvre pernicieuse tétanique, avec autant de raison qu'on a pu en avoir pour créer tant d'autres espèces de fièvres analogues; M. Dance est conduit, d'après ces faits, à reconnaître très judicieusement que beaucoup de fièvres intermittentes, dites pernicieuses, ne sont pas aussi redoutables qu'on veut nous le faire croire, ni aussi pernicieuses qu'on se l'est imaginé depuis l'épouvante de Torti, si grande qu'il l'a fait arriver jusqu'à nous! Nous voyons également, sous le n° 377, que Sauvages n'est pas très effrayé pour la catalepsie intermittente de son malade, puisqu'il se contente pour tout remède de le faire voyager pour son plaisir! Cependant c'est le seul fait qui soit à notre connaissance et dont on se soit servi jusqu'à ce jour pour établir la prétendue fièvre pernicieuse cataleptique. Nous voyons encore, sous les n°s 370 et 371, des exemples de paralysies périodiques dont le premier est sans fièvre comme sans danger pour le malade, et si l'autre individu affecté de paralysie intermittente succombe, ce n'est pas *l'être pernicieux paralytique* qui le tue, mais bien une entérite méconnue et mal soignée, dont les influences sympathiques sur le cerveau et la moelle épinière provoquent des phénomènes nerveux *paralytiques*. Nous ne connaissons pas de faits mieux caractérisés qui aient pu provoquer la création de la prétendue fièvre pernicieuse paralytique.

Quant aux fièvres intermittentes pernicieuses splénique, péritonitique, cystique et hémoptoïque, nous croyons avoir mis sous les yeux du lecteur sous les n° 272, 273, 274, 277, 278, 279, 281, 295, 298, 308, 309 et 318, les faits les plus détaillés et les plus importants qui ont servi à créer les entités fébriles et perni-

cieuses dont il s'agit; nous renvoyons donc à l'analyse que nous avons faite de ces observations et aux réflexions qui les accompagnent, lesquelles prouvent évidemment qu'il ne s'agit dans tous ces cas que de diverses nuances d'irritations inflammatoires périodiques de la rate, du péritoine et de la vessie, accompagnées d'une fièvre proportionnée à l'intensité des symptômes locaux d'une inflammation qui, sous les n° 272, 273, 278 et 281, commence même et se termine sans fièvre; celle-ci n'est bien sensible que durant les exacerbations aiguës et très prononcées de l'irritation locale. Enfin les seuls exemples d'hémoptysies périodiques que nous ayons su trouver dans les annales de la science ne sont point accompagnés de fièvre; impossible donc de se servir d'un symptôme qui n'existe pas pour le rendre pernicieux; aussi Storck, à qui nous devons le premier fait de ce genre, se contente-t-il d'en faire une fièvre larvée ou dissimulée, comme l'ont fait en général les anciens pour toutes les affections qui présentaient le type intermittent. D'après ce que nous venons de dire, on voit sur quels fondements sont appuyées les sept fièvres pernicieuses remises en honneur par M. Maillot.

Venons maintenant au grand tableau de fièvres pernicieuses du professeur Alibert, dont le nombre resterait réduit à *dix* selon M. Bonnet, et à *treize* d'après M. Maillot. Mais il ne suffit pas de faire de semblables réductions ou épurations, il faut, en portant une analyse physiologique sur chacune de ces fièvres pernicieuses, reconnaître sur quoi elles sont fondées, pour quelles raisons on se permet de les rayer du tableau dont il s'agit; il faut se rendre compte à la fois et des faits qui ont servi à les établir et des motifs qui ont pu porter des écrivains d'ailleurs si estimables, à les interpréter autrement que nous le faisons aujourd'hui, par un examen plus attentif, un raisonnement plus solide ou plus sévère, et surtout d'après les lumières d'une physiologie plus positive et mieux éclairée par l'anatomie pathologique.

Sans suivre l'ordre établi par M. Alibert dans son tableau des fièvres pernicieuses, nous n'arriverons à la fin de notre revue qu'après avoir parlé de toutes les espèces qu'il y a fait entrer. Nous partirons des fièvres intermittentes pernicieuses, dont la lésion locale est externe, pour arriver à celles qui ont leur siége à l'intérieur; nous irons de celles dont le diagnostic est facile à établir, et qui portent même le nom des tissus affectés, à celles dont les symptômes indiquent moins évidemment les organes

malades, et qui ne portent pas le nom de ces organes. Quelques unes de celles-ci se rapprochant beaucoup des fièvres intermittentes ordinaires, nous en parlerons plus spécialement en traitant de ces dernières.

I. *Fièvre intermittente pernicieuse* céphalalgique.

Pour établir cette espèce de fièvre pernicieuse, M. Alibert se fonda, dans le principe, sur deux observations de céphalalgie dont une lui est propre et dont il ne donne point l'histoire; l'autre appartient à Morton. Nous ne pouvons parler que de cette dernière, qu'on peut voir sous le nº 115; or, d'après la description qu'en fait le praticien anglais, d'après le nom de céphalalgie, de fièvre larvée, qu'il lui donne, on voit qu'il s'agit d'une affection purement locale, sans fièvre, et tout-à-fait semblable aux névralgies dont nous rapportons des histoires sous les nos 116, 117, 119, 120, 130 et 133. Bien plus, il en est parmi nos céphalalgies intermittentes locales et externes, qui provoquent la fièvre, et dont on eût fait, avec plus de raison, des fièvres essentielles. Il est vrai que, dans les dernières éditions de son ouvrage, le professeur Alibert a jugé à propos d'appuyer l'espèce de fièvre pernicieuse dont il s'agit, d'une longue observation de Comparetti, dans laquelle il ne s'agit que d'une fièvre intermittente ordinaire qui attaque un homme d'un tempérament bilieux, d'une complexion forte, d'un esprit vif, se livrant avec passion à l'étude, etc., et dont chaque accès est remarquable par un violent mal de tête; si l'on n'avait donné que des exemples semblables à l'appui de la fièvre pernicieuse *céphalalgique*, nous n'en aurions parlé qu'en traitant les fièvres intermittentes ordinaires; parce qu'il est évident que, dans ce dernier exemple, et la fièvre et la céphalalgie sont symptomatiques d'une autre affection dont nous indiquerons plus tard le siége. On voit donc sur quoi fut primitivement fondée et sur quoi se trouve aujourd'hui établie cette prétendue fièvre pernicieuse céphalalgique.

II. *Fièvre intermittente pernicieuse* exanthématique.

C'est plus tard, et seulement dans les dernières éditions de son ouvrage, que le professeur dont il s'agit a ajouté au catalogue des fièvres intermittentes pernicieuses la nouvelle espèce dite *exanthématique*; elle n'est fondée que sur deux observations tout-à-fait analogues à celles que nous rapportons sous les

nos 31, 32, 33, 34, 37, 38 et 42, c'est à-dire dans lesquelles la phlegmasie cutanée n'est que secondaire ou accessoire d'une autre affection plus grave des viscères, et dont les exacerbations développent sympathiquement et la fièvre et l'exanthème. M. Alibert lui-même n'oserait point assurer que, dans les deux observations qu'il rapporte, l'exanthème soit le *symptôme grave et capital auquel tous les autres paraissent ou doivent être en quelque manière subordonnés;* c'est cependant ce qui devrait avoir lieu, selon lui, pour constituer une fièvre pernicieuse. Nous rapportons bien, sous les nos 35, 36, 39, 40 et 46, des exemples dans lesquels l'exanthème ou la phlegmasie cutanée est l'affection principale, et qui sont pourtant avec fièvre ; mais alors comment faire de cette fièvre un être essentiel ? Il est par trop évident qu'elle est symptomatique, puisqu'elle est proportionnée à l'intensité de l'irritation inflammatoire externe qui commence sans fièvre; et puisque celle-ci ne se développe qu'après chaque retour ou redoublement de la phlegmasie cutanée qui persiste quelquefois sans fièvre. Nous pensons donc avec le professeur Chomel, *qu'on ne doit pas admettre de fièvre pernicieuse exanthématique* (1). Stoll aurait pu, avec beaucoup plus de raison, faire une pernicieuse exanthématique de l'observation sous le no 230, dans laquelle les exanthèmes ou les pétéchies, se répétant sur toute la surface de la muqueuse digestive, donnèrent lieu aux symptômes fébriles, nerveux et putrides les plus remarquables, et qu'on aurait à bon droit nommés pernicieux, puisque la mort en fut la suite, et dans laquelle on ne vit qu'une fièvre gastrique essentielle, et nous une gastro-entérite rémittente, avec des exacerbations périodiques et fébriles.

III. *Fièvre intermittente pernicieuse* rhumatismale.

Trouvera-t-on bien fondée cette nouvelle espèce de fièvre intermittente pernicieuse, quand on saura que, pour l'établir, on s'est contenté de puiser dans Morton un *seul* exemple de rhumatisme intermittent, sans fièvre, comme sans danger? Afin qu'on puisse apprécier cet exemple (unique fondement d'une fièvre pernicieuse essentielle), nous l'avons rapporté sous le no 55. N'est-il pas évident qu'ici l'on rend *pernicieux* et *essentiel* un symptôme qui n'existe point? Marchant sur ces traces et se croyant autori-

(1) *Traité des fièvres*, p. 402.

sés à établir des fièvres intermittentes pernicieuses sur les mêmes bases, nous avons vu que d'autres médecins avaient aussi créé des fièvres pernicieuses *odontalgique*, *ophthalmique*, *otalgique*, *paralytique!* comme on le voit sous les nos 5, 28, 124, 137 371 et dans le mémoire cité de M. Colombot; mais, au moins, dans ces cas, les affections intermittentes externes étaient assez intenses pour provoquer des symptômes généraux, fébriles et gastriques.

IV. *Fièvre intermittente pernicieuse* dyspnéique.

C'est Galeazzi qui, le premier, a établi l'espèce de fièvre pernicieuse dont il s'agit, sous le nom de pernicieuse *asthmatique*; il s'est fondé sur deux observations qui lui sont propres, et qu'on peut voir sous les nos 185 et 186. Il suffit de lire ces observations pour se convaincre qu'elles présentent de véritables catarrhes intermittents, accompagnés de toux, de fièvre, de difficulté de respirer, etc. Le professeur Alibert dit, en parlant de Galeazzi, « qu'il a *cherché* à établir sur deux observations sa fièvre pernicieuse *asthmatique*, » et lui-même, pour admettre une espèce de fièvre pernicieuse analogue, se contenta d'abord de rapporter les deux observations du médecin italien, et de changer la dénomination d'*asthmatique* en celle de *dyspnéique*. Plus tard, notre professeur ajouta deux autres observations à celles de Galeazzi pour appuyer sa prétendue fièvre pernicieuse *dyspnéique*; mais il n'a pas été très heureux dans le choix de ces observations, comme nous allons le voir : dans l'une, qui appartient à M. Boullon, il s'agit d'un homme atteint de fièvre intermittente ordinaire dont il avait eu cinq accès, lorsqu'il se refroidit en s'exposant à la pluie; dès lors il ressentit durant les accès, de la difficulté de respirer, un étouffement extrême, et même une douleur obtuse au côté gauche de la poitrine (ce qui servit à caractériser une fièvre intermittente pernicieuse *dyspnéique*, on aurait pu dire avec plus de raison pleurétique); après le deuxième accès, à dater de l'imprudence dont il s'agit, on administra le quinquina, il ne survint pas d'autres accès; mais *la toux et l'oppression persistèrent; les fonctions digestives ne se rétablirent point*, la fièvre adynamique survint, et, *malgré les boissons vineuses*, emporta le malade. Cette observation est vraiment admirable, puisqu'elle nous offre successivement chez le même individu trois fièvres essentielles différentes, savoir : une fièvre

intermittente ordinaire qui présente cinq accès, une fièvre *pernicieuse dyspnéique* qui en a deux, et enfin une fièvre *continue adynamique* qui termine la scène! On dit bien que les fonctions respiratoires et digestives ne se rétablirent point; mais ce n'est pas leur trouble qui causa la mort, c'est la fièvre adynamique!...

L'autre observation, sur laquelle M. Alibert appuie sa fièvre pernicieuse dyspnéique, est de Barthez (1). Il s'agit d'une affection rhumatismale qui s'est portée de l'extérieur à l'intérieur de la poitrine, et qui détermine une suffocation et des douleurs extrêmes dans cette cavité; ces accidents reviennent en type tierce; le malade meurt durant le quatrième accès. Peut-on, dans ce cas, méconnaître la nature de l'affection intermittente qui s'est fixée sur le poumon, puisque Barthez nous apprend qu'il s'agit d'un rhumatisme? Peut-on torturer ce fait au point d'y voir une fièvre pernicieuse essentielle dyspnéique, lorsque Barthez ne dit point qu'il y eut fièvre? Il est probable que l'affection du poumon ne fit pas périr le malade sans exercer des influences sympathiques sur le cœur, le cerveau et l'estomac, puisque c'est toujours par la souffrance idiopathique ou sympathique des principaux viscères que la mort arrive; mais enfin le professeur de Montpellier ne dit rien qui fasse présumer qu'il ait reconnu dans ce fait une fièvre essentielle quelconque. Voilà pourtant sur quels faits on s'est fondé pour établir, ou mieux pour créer une nouvelle espèce de fièvre pernicieuse intermittente essentielle! Nous ne sommes pas surpris si un grand partisan de fièvres essentielles ne trouve pas les observations dont il s'agit *assez concluantes* (2) pour établir une espèce de fièvre pernicieuse essentielle.

V. *Fièvre intermittente pernicieuse* catarrhale.

On n'a qu'à retrancher le sentiment de suffocation et d'étouffement, ou rendre la difficulté de respirer moins considérable dans les observations précédentes, et au lieu d'une fièvre *pernicieuse dyspnéique*, on aura une *pernicieuse catarrhale*. Ce n'est que dans les dernières éditions de son ouvrage que M. Alibert a fait entrer dans son tableau des fièvres pernicieuses essentielles l'espèce *catarrhale* dont il s'agit. Il s'est fondé sur deux observations dont une lui est propre, et dans laquelle il s'agit

(1) *Traité des maladies goutteuses*, t. II.
(2) Chomel, *ouvrage cité*, p. 398.

d'un homme qui, après avoir travaillé quelque temps dans une tannerie près de la rivière des Gobelins, éprouve une grande chaleur, rentre chez lui baigné de sueur, et accablé d'un malaise inaccoutumé ; ayant pris froid, il est tourmenté durant la nuit par des quintes de toux qui gênent beaucoup sa respiration. Le lendemain, frisson, toux violente, pouls tendu et serré ; le jour suivant, coryza, toux fréquente et laborieuse, lipothymies, horripilations vagues, délire. On veut attendre l'accès suivant *pour s'assurer du caractère pernicieux ;* cet accès reparaît plus violent, avec douleur au front, angoisses précordiales, respiration *douloureuse, sorte de déchirement* dans l'intérieur de la poitrine ; on donne le quinquina. L'accès suivant est moindre ; mais la *tension* de la poitrine, la toux, etc., persistent ; il survient bientôt une expectoration abondante et facile des crachats, et le malade ne tarde pas à guérir.

Peut-on voir dans cet exemple une fièvre essentielle et pernicieuse ? Un observateur non prévenu pourra-t-il y trouver autre chose qu'un simple catarrhe intermittent accompagné de fièvre ? Peut-on dire que ce soit la fièvre plutôt que le catarrhe qui mérite le nom de *pernicieux* et d'*essentiel* ? Est-ce parce qu'on ne peut concevoir un catarrhe périodique ou une toux intermittente qu'on veut en faire une fièvre intermittente pernicieuse ? Mais Strack, François Home, Ridley, Courbette, Coquereau et Valentin, avaient déjà observé des faits de ce genre ; et, depuis 1820, nous n'avons que l'embarras du choix dans les observations de bronchites et de catarrhes pulmonaires intermittents, avec fièvre ou sans fièvre, parmi lesquelles nous avons choisi, sous les n°s 183, 190, 191, 192, 194, 195 et 196, les plus complètes et les mieux caractérisées, appartenant à MM. Gauthier de Claubry, Chauffard, Piorry, Bonnet, Goupil, Vandekéere et Grégoire. Ces observateurs n'ont vu dans ces faits que des bronchites et des catarrhes périodiques ; ils n'ont point songé à en faire des *fièvres pernicieuses catarrhales* ou *bronchitiques !*

VI. *Fièvre intermittente pernicieuse* péripneumonique *ou* pleurétique.

Les trois principaux faits sur lesquels M. Alibert s'est appuyé pour fonder cette espèce de fièvre intermittente pernicieuse appartiennent l'un à Morton, et les deux autres à Lautter. Le choix du premier ne nous paraît pas fort heureux, à cause du peu de

durée de la maladie, qui a laissé entrevoir à peine son type d'intermittence, comme on peut le voir sous le n° 209; les symptômes de la phlegmasie du poumon ont été pourtant assez marqués, ainsi que ceux de la pleurésie, dans les observations de Lautter, que nous rapportons sous les n°s 207 et 208. Ayant les faits sous les yeux, le lecteur pourra juger s'ils présentent autre chose que des phlegmasies du poumon et de la plèvre accompagnées de fièvre, et qui éprouvent des accès ou des exacerbations périodiques; il jugera si l'on peut en faire des fièvres pernicieuses essentielles.

Nous rapportons, depuis le n° 196 jusqu'au n° 224, un grand nombre d'exemples de pneumonie, de pleuro-pneumonie, de pleurésie intermittentes et rémittentes, dans lesquels les symptômes de phlegmasie et de fièvre sont encore bien plus tranchés que dans ceux de Morton et de Lautter, et à l'aide desquels on aurait eu beau jeu d'établir au moins deux espèces de fièvres pernieuses, *pleurétique* et *péripneumonique*, comme vient de le faire M. Maillot. Quant à nous, nous sommes de l'avis de la plupart des praticiens qui ont observé les faits dont il s'agit, et qui ont reconnu des phlegmasies périodiques de la plèvre et du poumon ou des phlegmasies continues avec des exacerbations périodiques assez intenses pour provoquer des phénomènes sympathiques et fébriles plus ou moins remarquables. Quelquefois même les accès ou les redoublements de la phlegmasie pulmonaire ou pleurétique ont commencé, ou bien ont continué sans fièvre quand les symptômes inflammatoires étaient peu intenses, soit au début, soit vers le déclin de la phlegmasie; or, dans tous ces cas, comment aurait-on pu rendre *pernicieuse* la fièvre quand elle n'existait pas? Comment aurait-on pu la croire *essentielle* quand le symptôme principal, la douleur *pleurétique* ou *pneumonique*, commençait à exister seul, ou bien pouvait persister un certain temps sans fièvre?

VII. *Fièvre intermittente pernicieuse* néphrétique.

Si l'on recherche sur quoi se trouve fondée cette prétendue fièvre pernicieuse, l'on ne trouve qu'une seule observation de fièvre larvée, puisée dans Morton et qu'on peut voir sous le n° 291. Il s'agit d'une femme qui a déjà rendu plusieurs calculs des reins, dont les règles se sont ensuite supprimées, et qui éprouve de violentes coliques néphrétiques tous les jours à certaines heures,

mais sans la moindre apparence de fièvre. C'est un fait semblable qu'on a transformé en fièvre pernicieuse essentielle ! Y aurait-il donc des entités intermittentes pernicieuses sans fièvre ! y aurait-il des fièvres essentielles produites par des calculs rénaux ? Quant à nous, l'observation de Morton nous a paru constituer une irritation périodique des reins, dont la nature devait être pour le moins autant inflammatoire que nerveuse, puisque le médecin qui avait vu la malade avant Morton l'avait soignée pour une véritable néphrite, et puisqu'à l'époque où les douleurs néphrétiques devinrent si intenses, cette femme n'avait pas eu ses règles depuis plusieurs mois ; et cependant elle n'avait que quarante ans. Nous avons rapporté, sous le nº 293, une observation récente de néphrite intermittente dans laquelle l'inflammation du rein fut très bien reconnue, quoiqu'elle ne fût point accompagnée de fièvre ; aussi le médecin qui a observé ce fait, n'at-il vu en lui qu'une néphrite périodique.

VIII. *Fièvre intermittente pernicieuse* ictérique.

La création de cette nouvelle espèce ou de cette variété de fièvre pernicieuse est assez récente ; ce n'est que dans les dernières éditions de son ouvrage que le professeur Alibert l'a fait entrer dans son tableau des fièvres pernicieuses essentielles. L'espèce dont il s'agit est due à M. Gilbert, qui, ayant observé un exemple de fièvre dont chaque paroxysme était remarquable par un ictère, voulut en profiter pour payer son tribut à une classe de fièvres dont la célébrité augmentait avec celle de leur nouvel historien. Si un ictère et une hépatite intermittents, avec ou sans fièvre, pouvaient constituer une fièvre intermittente pernicieuse, on aurait pu profiter aussi de toutes les observations que nous rapportons sous les nos 267, 268, 269, 270, 271, 348 et 349, pour en faire autant de fièvres pernicieuses essentielles. Mais, s'il est reconnu aujourd'hui pour tout médecin physiologiste qu'il n'existe point d'ictère essentiel, il sera également prouvé que, dans l'exemple de M. Gilbert, l'ictère est symptomatique d'une affection du foie, et la fièvre qui l'accompagne symptomatique à la fois de la même affection et surtout de l'irritation concomitante de la muqueuse digestive. Que devient alors l'*être pernicieux et essentiel* fondé sur cet exemple ? M. Maillot, qui admet aussi une fièvre pernicieuse *ictérique*, ne donne à l'appui qu'une seule observation, qu'on peut voir sous le nº 547. Or, ce

fait, comme tous ceux que ce praticien rapporte et qui sont suivis d'autopsie, prouve évidemment le contraire de ce qu'il admet en théorie; car il est impossible d'analyser physiologiquement et anatomiquement le fait dont il s'agit, sans y reconnaître une irritation sécrétoire et une inflammation continue du foie et de la muqueuse digestive, dont les exacerbations aiguës et périodiques provoquent les accès fébriles et pernicieux ou des phénomènes sympathiques et nerveux plus ou moins remarquables. Quant à la couleur jaune du malade, l'état dans lequel se trouve l'organe sécréteur de la bile nous fait assez voir qu'il n'y a là rien de merveilleux, et qui puisse porter à y reconnaître, sinon à créer, une entité morbide particulière sous le nom de *fièvre pernicieuse ictérique.*

IX. *Fièvre intermittente pernicieuse* épileptique.

Pour établir cette espèce de fièvre pernicieuse, on s'est contenté d'emprunter à Lautter l'exemple d'une simple épilepsie qui revenait de deux jours l'un, et qui n'était point accompagnée de fièvre. Nous rapportons cette observation sous le n° 388. On voit que, pour transformer l'épilepsie dont il s'agit en fièvre pernicieuse, l'on est obligé de créer ou de supposer l'être *fièvre* auquel on veut faire jouer le plus grand rôle. Nous rapportons, sous les n°s 369, 389, 401, 403, 405, 406 et 412, plusieurs autres exemples d'épilepsies intermittentes dont on n'a point songé à faire des fièvres pernicieuses.

X. *Fièvre pernicieuse* convulsive.

C'est encore un seul exemple d'affection nerveuse intermittente, sans fièvre, observé par Morton, qui servit de fondement à cette nouvelle espèce de fièvre pernicieuse. Il s'agit d'une affection qui revient, tous les jours ou tous les deux jours, chez une petite fille; les accès en sont caractérisés par la pâleur, la stupeur, une respiration pénible et suspirieuse. Les poumons et le cerveau sont spécialement affectés, comme nous le dit Morton, et il n'y a point de fièvre..... Plus tard, M. Alibert ajoute, à l'appui de cette nouvelle espèce de fièvre pernicieuse, un exemple de M. Coutanceau qui n'est pas plus concluant que le premier. Il s'agit d'un enfant de quatre ans qui avait éprouvé deux accès de fièvre tierce ordinaire, dont le troisième accès fut caractérisé par un état de somnolence très profonde, et qui, au

quatrième accès, outre la somnolence, présenta la dilatation des pupilles et des mouvements convulsifs de la bouche et des yeux ; on administra le quinquina. Le cinquième accès fut presque imperceptible et le dernier qui soit survenu. N'aurait-on pas pu faire de cet exemple une pernicieuse *soporeuse* aussi bien qu'une pernicieuse *convulsive*? On voit qu'en partant des principes adoptés pour la multiplication des fièvres intermittentes pernicieuses, on aurait eu autant de raison pour faire, des observations sous les n°s 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, etc., autant d'espèces ou de variétés de ces fièvres. Cependant les auteurs qui les ont observées n'ont point songé à en faire des fièvres pernicieuses. Morton, par exemple, ne se serait guère douté qu'on rendrait un jour *essentiels* et *pernicieux* des symptômes qu'il dit ne point exister!

« Pour ce qui concerne la fièvre intermittente *convulsive*, dit M. Bonnet, il est évident que le titre de *pernicieuse* ne saurait lui convenir : les convulsions ne suffisent pas pour imprimer un caractère de malignité à une fièvre, car les intermittentes bénignes s'accompagnent souvent de ce phénomène, surtout chez les enfants, sans que pour cela elles soient plus dangereuses et plus difficiles à guérir. D'un autre côté, quand les convulsions se trouvent jointes à une affection grave, telle qu'une apoplexie, une arachnoïdite, une pneumonie, etc., elles ne constituent pas le symptôme principal, et il ne serait pas rationnel de s'en servir pour qualifier la maladie. Je ne comprends pas non plus la fièvre *épileptique* au nombre des pyrexies intermittentes pernicieuses, parce que les exemples qu'on en cite ne sont que de simples épilepsies qui se reproduisaient à des époques plus ou moins rapprochées, et qui du reste ne s'accompagnaient d'aucune réaction fébrile. » (*Ouvrage cité.*)

XI. *Fièvre intermittente pernicieuse* cholérique *ou* dysentérique.

Cette espèce de fièvre pernicieuse, établie par Torti, et admise depuis lui par presque tous les auteurs, devait naturellement figurer dans le tableau moderne des fièvres pernicieuses essentielles. Il n'est point surprenant que Torti ait admis une fièvre intermittente cholérique ou dysentérique essentielle, parce que, du temps de ce célèbre praticien, on regardait aussi comme *essentielle* la fièvre qui accompagne une dysenterie ou un choléra ordinaire. Mais aujourd'hui, n'est-il pas généralement reconnu

que cette fièvre est symptomatique? Il doit donc en être de même, quel que soit le type de ces phlegmasies et de la fièvre qui souvent les accompagne.

Pour déterminer ce que peut être la prétendue fièvre pernicieuse essentielle *cholérique* ou *dysentérique*, toute la question se réduit donc à savoir s'il existe des dysenteries et des choléras-morbus intermittents; or, il nous semble qu'on ne peut en douter, d'après les nombreuses observations que nous rapportons sous les nos 252, 253, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263 et 264. Cependant les praticiens qui ont observé les maladies dont il s'agit n'en ont point fait des fièvres pernicieuses cholériques ou dysentériques; les uns y ont reconnu des choléras intermittents, les autres des dysenteries périodiques, rémittentes ou intermittentes. Ne trouve-t-on pas dans ces faits tous les symptômes qui constituent des choléras et des dysenteries ordinaires, avec la différence que ces symptômes reviennent ou éprouvent des exacerbations à des époques déterminées?

D'ailleurs, M. Alibert nous dit, dans la description de la fièvre pernicieuse dont il s'agit, « que la période fébrile s'accompagne d'un flux de matières muqueuses et sanguinolentes, dont l'expulsion se fait avec ténesme et des épreintes intolérables, et dont l'âcreté est telle qu'on dirait qu'elles corrodent quelquefois le rectum. » On nous dit « que l'estomac est *tourmenté de vives douleurs*, comme si ses membranes étaient *arrachées* ou *déchirées.* » S'il en est ainsi, ne pouvons-nous pas dire avec les savants auteurs de l'article Fièvre du *Dictionnaire des sciences médicales*, tome XV : « Quel pourrait donc être le caractère de cette fièvre *dysentérique* sans dysenterie? Nous l'ignorons, et nous n'avons jamais rien observé de semblable. Cette prétendue fièvre ne peut être qu'un symptôme de la dysenterie. » Nous ajouterons : Que pourrait être une fièvre essentielle et pernicieuse *cholérique* sans choléra? Nous l'ignorons, si elle n'est pas un symptôme du choléra.

Nous avons exprès placé, sous le no 346, un fait que M. Nepple a qualifié de fièvre intermittente *pernicieuse cholérique*, et que, d'après lui, MM. Bonnet et Maillot citent et rapportent comme un exemple bien caractérisé de fièvre pernicieuse cholérique. Il suffit pourtant d'un examen attentif pour reconnaître qu'il ne s'agit purement et simplement que d'une irritation sécrétoire ou d'une subinflammation gastro-entérique chez une femme qui,

se trouvant dans l'âge critique et étant sujette à des maux d'estomac ou à des indigestions, éprouva ces accidents à un degré plus prononcé et plus violent que d'ordinaire sous forme d'accès quotidiens. On administra le sulfate de quinine avec quelques gouttes de laudanum, et les évacuations par le haut et par le bas cessèrent, et avec elles disparut l'entité pernicieuse *cholérique*, qu'on aurait pu avec autant de raison appeler *algide*, puisque le froid devint glacial et prolongé durant les derniers accès subinflammatoires ; on aurait pu de même lui donner le nom de *syncopale*, puisque les syncopes étaient parfois fréquentes et prolongées dans les accès dont il s'agit.

XII. *Fièvre intermittente pernicieuse* hépatique *ou* atrabilaire.

Cette espèce de fièvre pernicieuse essentielle est due, comme la précédente, au célèbre praticien de Modène. On peut voir, sous le n° 229, un des plus beaux exemples sur lesquels Torti se soit fondé pour établir cette prétendue fièvre pernicieuse que, depuis lui, on a admis sans l'appuyer d'autres faits plus caractéristiques ou plus concluants. Or, ce que nous avons dit précédemment s'applique entièrement ici ; et s'il n'y a pas de fièvres, de flux dysentériques essentiels, c'est-à-dire sans irritation ou sans phlegmasie des gros intestins, pourrait-il y avoir des fièvres et des flux atrabilaires essentiels ou sans quelque altération des mêmes organes ? Si le flux rougeâtre, liquide, sanguinolent, de la dysenterie est, abstraction faite de la fièvre, le résultat d'une phlegmasie, pourquoi un flux plus consistant, noirâtre et mêlé de sang coagulé, ne serait-il pas le résultat d'une affection analogue ? D'ailleurs, il suffit d'analyser physiologiquement le fait qui a servi de base à la création de fièvre pernicieuse hépatique, pour reconnaître qu'il s'agit d'une gastro-entérite aiguë, annoncée par des douleurs épigastriques et intestinales très violentes, suivie de déjections noirâtres ou mêlées de sang ; on est d'autant plus fondé à porter ce diagnostic que cette maladie fit crise ou fut remplacée par une tumeur inflammatoire survenue à la marge de l'anus, dont le développement et la suppuration fit disparaître et la gastro-entérite rémittente et la prétendue fièvre pernicieuse essentielle.

XIII. *Fièvre intermittente pernicieuse* cardialgique.

Si l'on juge de même cette prétendue fièvre pernicieuse essentielle par les faits sur lesquels s'est appuyé, pour l'établir, le praticien de Modène, et par la plupart de ceux que, depuis lui, on a ajouté à cette espèce de fièvre pernicieuse, peut-on s'empêcher de reconnaître qu'elle est symptomatique d'une affection des organes digestifs, puisque toutes ces observations nous offrent des symptômes évidents de gastrite ou de gastro-entérite? C'est une vérité rendue incontestable par le grand nombre de faits que nous rapportons sous les n°s 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 254, 255, 256, 260, 264, 262, 263 et 266. Or, parmi ces faits, il y en a un grand nombre dans lesquels les praticiens qui les ont observés ont reconnu l'inflammation de la muqueuse digestive; et bien qu'elle présentât des intermissions ou des redoublements périodiques et fébriles très sensibles, cela ne les a point empêchés de regarder la fièvre comme symptomatique de la gastro-entérite. Il y a même plusieurs de ces faits qui ont été suivis d'autopsie, laquelle a toujours confirmé et le siége et la nature inflammatoire de la lésion locale primitive. D'ailleurs, dans le fait qui a été observé par Torti lui-même, comment concevoir qu'une fièvre essentielle et générale pût tellement s'acharner sur l'estomac de son malade, que cet organe parût comme *mordu* et *rongé par les chiens* durant les accès, comme nous l'apprend ce praticien dans la description qu'il donne de la fièvre pernicieuse dont il s'agit? Dira-t-on que c'est la fièvre essentielle qui ronge l'estomac sans avoir son siége dans l'estomac? ce serait par trop absurde.

Il nous reste encore à parler de sept espèces de fièvres intermittentes pernicieuses ou ataxiques avant d'avoir parcouru tout le tableau de ces fièvres tracé par M. Alibert. Ces espèces sont: la *diaphorétique*, la *syncopale*, l'*algide*, la *soporeuse*, la *délirante*, l'*hydrophobique* et l'*aphonique*. Les quatre premières appartiennent à Torti; les trois dernières ont été établies, la première par le professeur Alibert, la deuxième par Dumas, et la troisième par M. Double.

Dans les espèces de fièvres intermittentes dont nous avons déjà parlé, les symptômes pernicieux eux-mêmes nous ont presque toujours indiqué et le nom des organes malades et leur

genre de maladie ; dans celles que nous venons d'énumérer, les symptômes pernicieux n'apprennent rien à cet égard ; leur nom tout-à-fait vague n'indique rien par lui-même qui puisse caractériser des espèces particulières de fièvres intermittentes ; puisque, d'après tous les auteurs, une fièvre intermittente quelconque peut présenter, dans certains accès plus violents les uns que les autres, le délire, des syncopes, un état soporeux ou comateux, sans qu'on puisse y voir une pernicieuse *délirante*, *syncopale* ou *soporeuse*, puisqu'il peut arriver à la fièvre intermittente la plus bénigne que sa première période ou la période du frisson soit caractérisée par un froid beaucoup plus violent, plus général, et qui se prolonge beaucoup plus qu'à l'ordinaire, sans qu'elle en devienne une pernicieuse *algide;* que sa dernière période ou le temps des sueurs puisse durer beaucoup plus long-temps, et celles-ci être bien plus copieuses que de coutume, sans qu'on puisse en faire une pernicieuse *diaphorétique*. Quel est le praticien qui n'a pas eu occasion de voir très souvent toutes ces variétés dans le développement plus ou moins considérable de certains symptômes, dans la durée plus ou moins prolongée de certains stades d'un accès de fièvre intermittente, sans avoir été tenté d'en faire des espèces particulières de fièvres pernicieuses ou ataxiques? et d'ailleurs, quand une fièvre intermittente ordinaire n'a eu que quelques accès, soit au commencement, soit à la fin, qui ont présenté la syncope, par exemple, ou le délire, peut-on, comme on l'a fait, en profiter pour établir des fièvres pernicieuses *syncopale* et *délirante*? Dira-t-on que, dans le premier cas, c'est la fièvre pernicieuse syncopale qui a voulu céder sa place à une fièvre intermittente bénigne, et que celle-ci, dans le deuxième cas, a été chargée de précéder la fièvre pernicieuse délirante? Certainement on ne le pense pas. Peut-on dire encore qu'une fièvre intermittente qui a été bénigne durant la moitié, les trois quarts et plus de sa durée, constitue une pernicieuse *soporeuse* ou *dyspnéique*, parce qu'elle aura présenté durant quelques accès un coma plus ou moins marqué ou une difficulté très grande de respirer? On ne le pense pas davantage. Eh bien! c'est pourtant ce qui est arrivé; c'est-à-dire qu'on a placé au rang des fièvres pernicieuses *soporeuses* un exemple de fièvre double-tierce qui a eu en tout quatorze ou quinze accès environ, et dans laquelle l'état comateux ou soporeux a commencé à peine à se faire remarquer au huitième accès, comme on le voit

dans la dernière observation que donne M. Alibert à l'appui de sa fièvre pernicieuse soporeuse. Le même auteur, pour établir sa fièvre pernicieuse *dyspnéique*, rapporte également une observation de fièvre intermittente ordinaire, dans laquelle la difficulté de respirer ne s'est manifestée que pendant deux accès ; il donne encore comme *un cas très intéressant* de fièvre pernicieuse *convulsive* un exemple de fièvre tierce ordinaire dont un seul accès présenta des mouvements convulsifs de la bouche et des yeux !

Pourra-t-on jamais croire qu'une fièvre intermittente ordinaire soit devenue une espèce particulière de fièvre pernicieuse *algide*, parce que le froid qui, durant les premiers accès, ne se faisait sentir qu'aux pieds, s'est élevé jusqu'aux genoux dans les accès suivants? C'est pourtant ce qui est arrivé, ou plutôt ce qu'on a admis assez arbitrairement, comme on peut le voir dans les observations que le professeur Alibert présente à l'appui de sa prétendue fièvre pernicieuse *algide*. Il cite encore comme appartenant à cette dernière espèce de fièvre pernicieuse une observation de Rivière, dans laquelle il s'agit d'une femme qui est attaquée d'un flux de ventre très considérable et d'une fièvre continue qui chaque jour éprouve des exacerbations durant lesquelles la malade ressent un refroidissement général qui dure plusieurs heures. Qui pourra voir dans cette observation une fièvre pernicieuse algide essentielle? La fièvre hémitritée et le flux de ventre ne sont-ils pas ici symptomatiques d'une affection de la muqueuse digestive, laquelle éprouve des exacerbations régulières, comme nous en avons vu plusieurs exemples, et en particulier sous les nos 346 et 354.

Il en est de la pernicieuse diaphorétique comme de l'algide : on cite des exemples de Rivière et de Sauvages qui sont tellement incomplets qu'ils ne caractérisent rien, pas mieux une diaphorétique que toute autre espèce de fièvre. Le seul fait qu'on puisse raisonnablement citer, c'est celui dont Torti a été lui-même le sujet, et qui a servi à créer l'espèce de fièvre pernicieuse dont il s'agit ; hé bien, ce fait si important, c'est tout simplement une fièvre tierce ordinaire dont les deux premiers accès sont très légers, le troisième était sur son déclin lorsqu'il survint une sueur abondante qui força ce médecin à changer quatre fois de chemise, en même temps qu'il éprouva un sentiment de brisement dans les cuisses ; le cinquième accès fut prévenu par l'adminis-

tration du quinquina. Il a sans doute fallu toute la célébrité de l'auteur et toute celle du professeur Alibert pour faire passer jusqu'à nous un pareil fait comme unique fondement d'une nouvelle espèce de fièvre pernicieuse !

Quelques autres espèces de fièvres intermittentes pernicieuses semblent acquérir une certaine consistance, parce qu'elles sont encore admises par MM. Bailly, Bonnet et Maillot : telles sont particulièrement les pernicieuses *délirante*, *soporeuse*, *syncopale* et *algide*. Pour la première, les faits suivis d'autopsie que nous rapportons sous les n°s 149, 152, 153, 154, 157, 175, et surtout les pernicieuses délirantes de M. Maillot, sous les n°s 237, 238 et 250 ne laissent aucun doute sur la nature et le siége des lésions organiques qui provoquent sympathiquement et le délire et la fièvre ; il en est de même de la pernicieuse soporeuse ou comateuse, comme le prouvent les faits sous les n°s 158, 159, 160, 161, 162, 163, 171, 172, 232, 235 et 240 dont quelques unes appartiennent aux auteurs dont il s'agit. MM. Bonnet et Maillot, en admettant la fièvre pernicieuse *syncopale* ou *carditique*, ne s'appuient d'aucune observation qui leur soit propre : il n'y a donc pas d'autres faits qui puissent servir à établir cette prétendue fièvre que ceux rapportés sous les n°s 224, 225 et 226. Parmi ces faits, c'est celui rapporté sous le n° 225, appartenant à Jonquet et publié par M. Coutanceau, qui, seul, a servi à M. Alibert pour établir la fièvre pernicieuse dont il s'agit. Dans ce fait, on voit une femme qui, portant depuis plusieurs années une tumeur squirrheuse aux ovaires, était sujette à des palpitations de cœur et à des syncopes qui devenaient très violentes à l'époque de la menstruation. Une épidémie de fièvres intermittentes survient, et la malade qui en est atteinte, présente à chaque accès les mêmes phénomènes déjà provoqués par la menstruation. Y a-t-il là quelque chose de bien merveilleux et qui puisse autoriser la création d'une nouvelle espèce de fièvre intermittente syncopale ou carditique ? Mais les deux autres faits sous les n°s 224 et 226 sont bien mieux caractérisés et bien plus concluants, et pourtant les médecins qui les ont observés, MM. Pallas, Marjolin et Piorry, n'ont point songé à en faire des fièvres pernicieuses : le premier n'y a vu qu'une cardite intermittente, et les seconds, une angine de poitrine et une affection périodique du cœur. Quant à la pernicieuse algide, le fait sous le n° 233, que nous devons à M. Bailly, prouve évidemment que le symptôme appelé *algide*, comme tous les autres, dé-

pendait d'une inflammation des méninges et surtout de la muqueuse digestive qui s'étendait du cardia au rectum, et dont les exacerbations périodiques provoquaient tous les phénomènes algides, fébriles, gastriques et nerveux les plus remarquables. Quoique ce fait soit assez concluant, nous en rapporterons encore d'autres, parce que l'espèce de fièvre dont il s'agit est une des plus graves et dont on a fait le plus de bruit dans l'histoire des fièvres intermittentes pernicieuses; d'ailleurs ces faits appartiennent aux auteurs les plus récents qui aient admis des fièvres algides dans leurs ouvrages: il importe donc de savoir s'ils ont été mieux fondés que M. Alibert d'en agir ainsi.

Fièvre pernicieuse algide.

N° 414. Angelo Galetti, âgé de dix-huit ans, d'une bonne constitution, fut apporté à l'hôpital le 29 juillet au soir. Les malades qui étaient auprès de lui, ont dit que, dans la nuit, il s'était plaint continuellement de vives douleurs de ventre. Il prit une once de quinquina; il était glacé par tout le corps.

Le 30, matin, à huit heures, jambes, cuisses, avant-bras, bras, joues d'un froid glacial; le ventre, la poitrine, le front, sans être au degré de la chaleur naturelle, étaient un peu moins bas de température que les autres parties; pouls insensible aux bras, aux carotides, aux tempes, au cœur; je ne pus le sentir que très faiblement aux artères crurales; il battait 100; agitation continuelle du malade, qui poussait des plaintes; il se tenait plus souvent sur le côté gauche, les cuisses fléchies sur le ventre. Quand on l'interrogeait, il avait assez d'intelligence pour comprendre, mais pas assez pour répondre juste, car les questions qu'on lui faisait obtenaient toujours les réponses les plus faciles; il n'entrait jamais dans aucun détail. Il mourut à neuf heures et demie.

Ouverture trois heures après. — Les intestins grêles, qui étaient légèrement distendus par des gaz, étaient d'un rouge violet à l'extérieur. La membrane interne avait la même couleur, de manière que l'injection violente dont ils étaient le siége avait eu lieu dans toute l'épaisseur de la substance de l'intestin. Cette injection était récente. Inflammation de la moitié supérieure du cœcum. Tout le gros intestin était blanc intérieurement; étant ouvert, il présenta une inflammation dont la violence était d'autant plus grande qu'on s'approchait davantage du rectum; et là, la membrane muqueuse était si violemment enflammée, qu'elle avait laissé suinter du sang qui, en se mêlant au mucus, formait un enduit très consistant qui adhérait à toute sa surface. La couleur de tout l'intérieur du colon, et surtout le rectum, était d'un rouge vif, intense; en un mot, c'est le plus violent degré d'inflammation qui puisse exister sans désorganisation. L'estomac était pâle; quand il fut lavé, il présenta sur la portion de la grande courbure qui avoisine le pylore une infinité de petits enfoncements d'une demi-ligne à une ligne de diamètre, et dont quelques unes contenaient au fond une petite tache de sang qui s'enlevait facilement. Les replis de la muqueuse étaient d'ailleurs plus rapprochés et plus nombreux qu'à l'ordinaire. La muqueuse elle-même était épaissie. Le foie était sain, la rate volumineuse et assez dure, mais d'un rouge lie de vin. Légères adhérences du poumon droit, légères adhérences faciles à détruire de toute la surface du cœur avec le péricarde. Injection de l'arachnoïde; engorgement des vaisseaux qui rampent sur les circonvolu-

tions, et de ceux qui composent le plexus choroïde. (Bailly, *Ouvrage cité*, pag. 231.)

Fièvre quarte et tierce qui devient pernicieuse algide.

No 415. La fille du sieur D*** fut atteinte, le 9 août 1832, d'un accès fébrile qui dura huit ou dix heures et se répéta ensuite chaque trois jours, puis chaque deux jours. Elle était dérangée à peu près depuis un mois et demi, lorsque la fièvre, qui avait jusque là été très bénigne, prit le caractère le plus alarmant. Le 23 septembre, en effet, il se manifesta un accès qui fut marqué par un froid glacial des extrémités, une face cadavéreuse, une langue brune et sèche, un état de stupeur très prononcé; les yeux étaient fixes et à demi fermés, le front couvert d'une sueur visqueuse, le pouls petit et concentré. Du reste, il n'y avait ni diarrhée, ni suppression d'urine, ni douleurs abdominales. Je fis sur-le-champ appliquer des sinapismes aux pieds, on mit plus tard des vésicatoires aux jambes, et l'on pratiqua des frictions sur la peau, le tout dans le but de déterminer une réaction vers la périphérie, et d'y rappeler la chaleur; mais ces divers moyens ne me réussirent qu'incomplètement. Le pouls se releva, la malade sortit de l'état de stupeur où elle était plongée, mais les membres se réchauffèrent à peine, et l'on pouvait considérer l'accès comme terminé, que la peau était pour ainsi dire aussi froide qu'auparavant. Conformément aux préceptes des plus grands maîtres, je me hâtai de recourir aux fébrifuges : j'en prescrivis vingt grains dans une potion gommeuse; malheureusement ce remède ne prévint pas l'accès dont je craignais le retour, et la mort eut lieu dans la soirée du 25.

Ouverture du cadavre. — Tous les vaisseaux du cerveau et de la pie-mère étaient gorgés de sang; l'arachnoïde présentait une injection assez prononcée, et de loin en loin on remarquait à sa surface une matière visqueuse et verdâtre. Les poumons et le cœur étaient sains. Le tube digestif au contraire offrait une rougeur foncée, et en quelque sorte continue, depuis l'estomac jusqu'à l'anus. La rate était fortement distendue par un sang noir et poisseux. Le mésentère et les épiploons étaient injectés dans plusieurs points de leur étendue; mais le foie, le pancréas et la vessie me parurent dans l'état normal. (Bonnet, *Ouvrage cité.*)

Fièvre pernicieuse quotidienne algide.

No 416. Tellier, ouvrier d'administration, âgé de vingt-sept ans, sorti depuis deux mois de l'hôpital de Bône, où il avait été traité d'une fièvre intermittente peu grave, y rentra le 30 août 1834, le troisième jour d'une fièvre quotidienne dont les accès revenaient à dix heures du matin. Il était dans l'accès lorsque je le vis dans l'après-midi, vers trois heures. La réaction était très forte, le pouls plein, dur, la céphalalgie intense, la langue muqueuse au centre, rouge à la pointe et sur les bords; la soif ardente, la peau brûlante. Diète, limonade, saignée du bras de quinze onces, trente sangsues à l'épigastre. Le 31 au matin, apyrexie, peu de soif, peu de céphalalgie; l'accès s'est terminé franchement par des sueurs abondantes; la langue est plate et humide, rosée dans une grande partie de son étendue. Diète, limonade, vingt-quatre grains de sulfate de quinine. L'accès revient à dix heures du matin, et débute, comme les précédents, par des frissons d'une durée moyenne. A trois heures après-midi, je trouvai le malade dans l'état suivant: décubitus sur le dos, prostration extrême, physionomie impassible, petitesse et rareté du pouls, refroidissement général non perçu par le malade, pâleur de la langue, décoloration des lèvres, vomissements sans efforts et comme par régurgitation, netteté de l'intelligence. C'était un accès algide des mieux caractérisés. Quarante grains de sulfate de quinine à prendre en

trois fois dans quatre onces d'eau, avec addition de vingt gouttes de laudanum et un gros d'éther, deux sinapismes aux jambes, deux vésicatoires aux cuisses. La potion n'est pas vomie, et s'il n'y a pas d'amélioration dans la soirée, l'état du malade n'empire pas non plus. Le 1er septembre matin, le pouls, toujours très lent, s'est relevé; la chaleur de la peau, surtout à l'abdomen est à peu près au degré naturel: la langue est rose et humectée: il n'y a pas de soif, pas de céphalalgie; les vomissements n'ont pas reparu. L'indication est de soutenir la réaction qui s'opère et de prévenir le retour d'un nouvel accès. Diète, limonade, vingt-quatre grains de sulfate de quinine en potion; un quart de lavement amylacé et opiacé, avec soixante grains de sulfate et deux gros d'éther. Accès vers onze heures: vive céphalalgie dans l'après-midi. Vingt sangsues aux tempes. Le 2, au matin, le malade est dans le délire depuis plusieurs heures; d'abord bruyant, ce délire est devenu tranquille, la réaction fébrile paraît toucher à sa fin. Diète, limonade, fomentations froides sur la tête. Mort à midi.

Ouverture du cadavre, dix-neuf heures après la mort. — Opacité de l'arachnoïde dans l'intervalle de plusieurs circonvolutions. Pie-mère fortement injectée. Substance cérébrale ferme, et présentant à la coupe une rougeur sablée très fine. Cervelet moins congestionné, moins consistant que le cerveau. Moelle épinière. Injection fine et vermeille de la pie-mère: la moelle a moins de fermeté que de coutume. Poumons sains; faibles et anciennes adhérences des plèvres. Cœur très volumineux; dilatation du ventricule gauche; décoloration et flaccidité du tissu musculaire. La membrane muqueuse de l'estomac est épaissie, ramollie, d'une coloration généralement ardoisée: nulle part de rougeur, soit striée, soit pointillée, soit par plaques. Le duodénum présente les mêmes altérations de couleur et de texture que l'estomac. Dans le reste de l'intestin grêle, la membrane muqueuse, légèrement ramollie, est parsemée de follicules isolés anormalement développés: aux environs de la valvule iléo-cœcale existent, en grand nombre, des vestiges d'anciennes plaques gaufrées. Le gros intestin est sain. La rate, très volumineuse, réduite en bouillie, couleur lie de vin; le foie est fortement congestionné. (Maillot, *ouvrage cité.*)

Dans le premier fait appartenant à M. Bailly, nous voyons un homme qu'on apporte à l'hôpital, glacé par tout le corps, et qui se plaint continuellement de vives douleurs de ventre. On lui fait avaler une once de quinquina en poudre, qui ne dut pas calmer ses douleurs ni le réchauffer; aussi le malade continua-t-il de pousser des plaintes jusqu'à sa mort. L'autopsie fit voir, comme sous le n° 233, une inflammation qui occupait toute l'étendue de la muqueuse digestive, dont quelques points étaient si tellement enflammés et congestionnés, que le sang suintait à leur surface.

Dans l'observation de M. Bonnet, il s'agit d'une fille qui avait depuis un mois et demi une fièvre tantôt tierce, tantôt quarte, et qui, de bénigne qu'elle était, fut caractérisée pernicieuse algide à cause du froid glacial des extrémités et de la gravité que la maladie ne tarda pas à présenter: langue brune et sèche, face cadavéreuse, pouls petit et concentré, état de stupeur, etc. On se contenta de recourir au fébrifuge qui seul n'était guère ca-

pable de dissiper une inflammation qui, d'après l'autopsie, s'étendait de l'estomac à l'anus. M. Bonnet, dont la sagacité comme praticien est rarement mise en défaut, cette fois s'en laisse imposer par le phénomène de l'intermittence, surtout par la perniciosité algide de la fièvre, et néglige l'inflammation qui tue sa malade. Mêmes réflexions à l'égard du fait observé par M. Maillot, dans lequel on voit un jeune homme fort, dont le pouls est dur et plein, la céphalalgie intense, la langue rouge à sa pointe, la soif ardente, la chaleur générale. On commence avec raison le traitement par les évacuations sanguines locale et générale, par la diète et la limonade : l'apyrexie suit l'emploi de ces moyens, mais il reste un peu de céphalalgie, de soif, etc.; on se hâte trop d'envoyer dans l'estomac vingt-quatre grains de sulfate de quinine : alors un accès beaucoup plus violent se déclare avec un refroidissement général, une prostration extrême, des vomissements; enfin, dit M. Maillot, *c'était un accès algide des mieux caractérisés*. On administre encore, par la voie de l'estomac, quarante grains de sulfate de quinine : un autre accès non moins violent se manifeste, qu'on pourrait appeler *délirant* bien mieux qu'*algide*, puisque la chaleur de la peau est à peu près naturelle, tandis qu'un délire, d'abord bruyant et puis plus tranquille, persiste jusqu'à la mort. L'autopsie découvre les traces évidentes d'une congestion ou d'une inflammation aiguë des organes encéphaliques et rachidiens, et d'une inflammation plus intense, plus profonde et plus ancienne, qui occupait l'estomac et toute l'étendue des intestins grêles. Nul doute qu'ici la lésion primitive et principale ne soit dans la muqueuse digestive dont les exacerbations aiguës, provoquées ou seulement activées par l'ingestion du sulfate de quinine, ont exercé des influences beaucoup plus vives et plus funestes du côté des organes cérébraux-rachidiens; de là le raptus sanguin vers ces organes; de là le délire et la mort. Si M. Maillot, qui manie ordinairement avec tant d'habileté et de vigueur les moyens antiphlogistiques, ne s'en fût laissé imposer par la perniciosité et la nervosité de la fièvre algide, n'aurait-il pas mis plus de persistance dans leur emploi, et surtout plus de précaution dans l'administration du sulfate de quinine? Mais notre but est rempli : nous avons fait voir ce qu'était chez les auteurs, même les plus modernes, la fièvre la plus pernicieuse de toutes les pernicieuses. Revenons aux dernières espèces du professeur Alibert dont il nous reste à parler.

« Enfin, les espèces particulières de fièvres pernicieuses intermittentes *hydrophobiques* et *aphoniques* ne paraîtront pas mieux fondées que toutes les précédentes, si l'on fait attention que quelques phénomènes sympathiques de plus ou de moins, suivant la prédisposition des individus, ne peuvent pas changer la nature et le caractère d'une même maladie. D'ailleurs les symptômes qu'on donne comme *caractéristiques* de ces deux espèces de fièvres pernicieuses, ne leur appartiennent point exclusivement : l'*aphonie*, par exemple, est un symptôme qu'on observe assez souvent dans certaines phlegmasies de la membrane muqueuse qui tapisse les bronches, et surtout le larynx; on a observé plusieurs fois une aphonie bien marquée dans des fièvres continues graves, sans qu'on ait jugé convenable, ni reconnu l'utilité de les distinguer des autres et d'en faire des espèces ou des variétés particulières de fièvres continues essentielles aphoniques; or, parce qu'une fièvre présente le type intermittent, a-t-on plus de droit ou plus de raison, si le malade offre une extinction de voix ou une aphonie durant ses accès, de la transformer en un être pernicieux particulier, sous le nom d'*aphonique*? nous ne le pensons pas. Nous croyons, au contraire, avec le professeur Chomel, que l'aphonie n'est qu'un symptôme *d'une importance fort secondaire*, et qui ne peut autoriser à établir une espèce particulière de fièvre intermittente pernicieuse. »

C'est d'ailleurs sur une observation unique qu'est fondée cette nouvelle entité fébrile. Les symptômes qui caractérisent spécialement la fièvre pernicieuse *hydrophobique*, tels que l'horreur de l'eau, l'impossibilité d'avaler des liquides, et même l'envie de mordre, ont été observés également dans plusieurs autres maladies, comme certaines angines, des fièvres continues graves, le typhus, la fièvre jaune, etc., dont on n'a point fait des maladies à part, et qu'on n'a point qualifiées de *pernicieuses hydrophobiques*. Nous pourrions appuyer ce que nous disons de plusieurs faits, dont les uns ont été observés long-temps avant qu'on eût créé la fièvre pernicieuse hydrophobique. C'est ainsi que Chirac dit (1) : « La gêne de la déglutition et l'horreur de l'eau qui en est la conséquence, sont des signes non équivoques de l'irritation du pharynx, de l'estomac, et peut-être de l'arachnoïde. Le médecin l'Épine (2) rapporte l'observation d'un homme

(1) *Traité des fièvres malignes et pestilentielles*, in-12, 1742.
(2) *Journal de médecine*, an 1781, t. LVI.

attaqué de fièvre continue grave, qui présenta tout-à-coup tous les symptômes de l'hydrophobie, tels que la salivation, l'horreur de l'eau, l'envie de mordre, etc. Le malade mordit même sa servante jusqu'au sang, sans qu'il se soit développé chez elle aucun symptôme de rage. M. Frédéric Roux rapporte (1) un exemple de fièvre jaune dans lequel le malade était devenu hydrophobe sur la fin de sa maladie ; il avait horreur de l'eau, écumait de la bouche, mordait tous ceux qui l'approchaient, et entrait au moindre bruit dans des convulsions horribles. On verra bien mieux encore combien peu est fondée la nouvelle espèce de fièvre pernicieuse *hydrophobique*, si l'on examine les faits qui lui servent d'appui ; il n'en existe que deux, dont on peut voir les détails dans l'ouvrage de M. Alibert. L'un de ces faits appartient à Dumas, dans lequel, dit le professeur Chomel, *l'horreur des liquides n'était pas tellement prédominante, que cette fièvre n'eût pu être désignée sous toute autre dénomination que celle* d'hydrophobique *qui lui a été donnée.* L'autre a été observé par M. Boullon. Nous allons faire connaître ce dernier, qui est le plus court. Il nous suffira d'ailleurs, pour prouver que le désir de trouver du merveilleux dans les maladies peut quelquefois en faire rencontrer là où il n'y a rien que de très ordinaire. Voici le fait : « Durant l'épidémie d'Abbeville, M. Boullon fut appelé auprès d'un madade de la ville d'Eu, dans une journée d'hiver rigoureuse, où la terre était couverte de frimas. Le malade avait déjà subi trois accès où les symptômes s'étaient déclarés avec la plus extrême violence. D'après le rapport qu'on lui fit, l'invasion des accès s'était faite sans aucun frisson préalable. D'abord le malade était dévoré par une soif ardente, presque intolérable. Il éprouvait ensuite un sentiment d'ardeur excessive au palais, à l'œsophage, dans l'intérieur de l'estomac, et dans tout le trajet du tube alimentaire. Il y avait, durant l'accès, accélération et irrégularité du pouls, agitation extrême, hoquets, vomissements bilieux, léger délire, syncopes, ténesmes brûlants, impossibilité de boire quoi que ce soit, même d'avaler sa salive, sans des tortures semblables à celles de la brûlure ; horreur de l'eau presque convulsive. » Faut-il être partisan de la doctrine physiologique pour reconnaître dans ces

(1) *Topographie médicale de Santo-Domingo*, et *Mémoire sur la fièvre jaune.*

symptômes une phlegmasie qui s'étend du pharynx à toute la muqueuse du canal digestif! N'est-il pas évident qu'on eût pu faire de cette observation une fièvre pernicieuse *délirante* ou *syncopale*, avec autant de raison qu'on a pu en avoir pour la transformer en fièvre pernicieuse *hydrophobique*?

Il n'y a qu'à lire attentivement la plupart des observations sur lesquelles on a fondé presque toutes les espèces de fièvres pernicieuses dont il s'agit, pour se convaincre qu'il n'y a rien de plus arbitraire et souvent de plus vague que les noms qu'on leur a donnés; rien de plus incertain et de plus fugitif que les symptômes qui doivent les caractériser, et auxquels on prétend les reconnaître. Nous disons d'abord que leurs noms sont arbitraires, parce qu'on voit souvent dans la même fièvre pernicieuse plusieurs symptômes aussi saillants, aussi pernicieux les uns que les autres, et dont chacun eût pu donner son nom à la fièvre, comme nous venons de le voir dans l'observation précédente de M. Boullon, et comme le prouvent plusieurs exemples de fièvres pernicieuses rapportés par M. Alibert lui-même. C'est ainsi que deux de ses exemples de fièvres *soporeuses* présentent un délire si marqué durant leurs accès, qu'il eût pu en faire des pernicieuses *délirantes* avec autant de raison que des pernicieuses soporeuses. C'est ainsi que la dernière observation qu'il rapporte de fièvre intermittente convulsive offre une somnolence assez marquée durant ses accès pour constituer, à son choix, une pernicieuse *soporeuse* au lieu d'une pernicieuse *convulsive*. Morton rapporte certains exemples de fièvres larvées dont un seul accès eût pu fournir assez de symptômes graves et saillants pour caractériser plusieurs de ces prétendues espèces de fièvres pernicieuses essentielles; dans deux, entre autres (*Hist.* 10 et 11), on voit tous les symptômes d'une pernicieuse *cardialgique* et d'une pernicieuse *diaphorétique*. Lautter rapporte également des exemples de fièvres rémittentes dont les exacerbations présentent à la fois et au même degré d'intensité, plusieurs symptômes très saillants, dont chacun eût pu donner son nom à une fièvre pernicieuse. Telle est celle relatée (*Casus* IV), où il s'agit d'une fièvre rémittente double tierce, dont les accès offraient en même temps des symptômes de péripneumonie, de pleurésie, le délire, une agitation convulsive, le hoquet, des vomissements, etc., et dont on aurait pu faire tour à tour une fièvre pernicieuse *péripneumonique* ou *pleurétique*, *délirante* ou *convulsive*, etc.

Nous disons ensuite que les prétendus symptômes caractéristiques des espèces de fièvres dont il s'agit sont incertains et fugitifs ; parce que, de l'aveu même des créateurs et des partisans de fièvres pernicieuses, telle fièvre intermittente, qui se présente aujourd'hui *délirante*, peut, l'accès suivant, devenir *comateuse* ou *soporeuse*, plus tard dégénérer en *syncopale*, en *diaphorétique*, etc. M. Alibert lui-même nous dit qu'on a vu une fièvre ataxique intermittente *comateuse* récidiver en *diaphorétique*, et cette dernière remplacer une pernicieuse *délirante*. M. Broussais rapporte, à cet égard, une observation bien remarquable, que voici : « Un homme délicat eut un accès de fièvre pernicieuse, évidemment *péritonique*, pendant lequel le pouls était petit et déprimé. J'ajournai, dit-il, les fébrifuges pour laisser la maladie se caractériser. Le surlendemain, l'accès fut *péripneumonique* et *hémoptoïque* avec un pouls fort et une vive chaleur. Je continuai à rester dans l'expectative. Le jour d'après, l'accès fut *syncopal* avec pâleur et dépression des traits, pouls petit, tremblottant, presque insensible, froid des extrémités. Je me hâtai d'administrer le kina qui arrêta les accès (1). » Nous avons déjà vu précédemment plusieurs faits semblables sous les n°s 151, 177, 203, 214, 233 et 244. D'après les réflexions dont il accompagne le premier fait, le médecin qui l'a observé nous fait voir qu'il aurait pu en faire une fièvre pernicieuse tour à tour *cardialgique*, *soporeuse*, *délirante* et *comateuse*. Dans le second fait de M. Portal, on trouve des phénomènes tantôt *apoplectiques*, tantôt *épileptiques*. Les n°s 203 et 214 nous offrent successivement, le premier, des accès *pleurétiques* et *délirants* ; le second, un accès *péripneumonique* et un accès *gastralgique* ; le n° 233 présente des symptômes qui auraient pu servir à caractériser une fièvre pernicieuse *algide*, aussi bien qu'une *soporeuse* ; sous le n° 244, on eût pu voir tour à tour une fièvre pernicieuse intermittente *céphalalgique*, *cardialgique* et *cholérique* ; il en est de même du n° 346, dont on aurait pu faire à son choix une fièvre pernicieuse *algide* ou *syncopale*, aussi bien qu'une pernicieuse *cholérique*.

Or, nous le demandons, pourrait-on aujourd'hui profiter de tous ces faits pour distinguer autant d'espèces particulières de fièvres intermittentes qu'il y a de symptômes pernicieux diffé-

(1) *Examen des doctrines médicales*, t. I, troisième édition, 1834.

rents ? Pourrait-on concevoir toutes ces entités fébriles et pernicieuses qui viendraient assaillir un malheureux, qui s'entendraient en quelque sorte pour exister ensemble ou isolément, pour se succéder les unes aux autres ou pour se remplacer réciproquement ? Il serait déraisonnable de le penser. Eh bien ! serait-il aujourd'hui plus raisonnable de penser ou d'admettre qu'un grand nombre de symptômes dits pernicieux, tels que le délire, le coma, les syncopes, une extinction de voix, des mouvements convulsifs, un sentiment de froid plus étendu ou plus prolongé, des sueurs plus générales et plus abondantes, etc., puissent constituer des espèces particulières de fièvres pernicieuses essentielles ?

Nous avons vu que, durant le cours de la même fièvre, pendant le même accès, chez les mêmes malades, dans les mêmes circonstances, tous les symptômes dont il s'agit pouvaient varier à l'infini, se compliquer, se succéder les uns aux autres. Or, quand cela arrive, peut-on dire que le même malade ait eu dans l'espace de quelques jours, de quelques heures, deux ou trois espèces de fièvres intermittentes pernicieuses, deux ou trois espèces d'entités pathologiques différentes ? Il n'est pas de médecins sensés et de bonne foi qui puissent le penser ; car, s'il était permis de profiter de tous les symptômes un peu saillants qui se présentent durant le cours d'une affection quelconque, pour en faire des espèces de maladie à part ; si cette tendance à personnifier des symptômes, à créer des entités pathologiques, était accréditée, où s'arrêterait le nombre des maladies ? On peut donc dire avec raison que toutes les prétendues espèces de fièvres pernicieuses dont nous avons parlé en dernier lieu, et auxquelles on s'efforce en vain de trouver des caractères distinctifs, ne doivent point être séparées des fièvres intermittentes ordinaires dont nous allons bientôt nous occuper. Nous pourrions ici nous appuyer de l'opinion d'un praticien distingué qui a très bien reconnu la difficulté de distinguer certaines fièvres pernicieuses des fièvres intermittentes ordinaires : « Si l'on s'en rapporte moins, dit M. Double (1), au ton dogmatique des livres, et qu'on consulte davantage la nature au lit même des malades, on trouvera qu'il n'est pas aussi aisé qu'on le pense de distinguer les fièvres intermittentes pernicieuses des fièvres intermittentes sim-

(1) *Journal général de médecine*, t. XXXI.

ples. Il est bien remarquable que la plupart des symptômes graves de ces fièvres pernicieuses se présentent aussi, mais seulement à des degrés moindres, dans les intermittentes bénignes. Ainsi il arrive tous les jours de voir une fièvre tierce bénigne débuter dans ses accès par le vomissement, par la syncope, par le délire, par l'assoupissement, etc. »

Nous venons de passer en revue toutes les différentes espèces de fièvres intermittentes dont le professeur Alibert a composé son tableau de fièvres pernicieuses essentielles; mais, indépendamment des espèces de fièvres dont il s'agit, ce célèbre écrivain admet encore plusieurs variétés de fièvres pernicieuses *non caractérisées*. On voit au rang de ces dernières l'exemple que nous rapportons sous le numéro 242, et dont les symptômes caractérisent évidemment une phlegmasie rémittente gastrique, puisqu'il s'agit d'une femme jeune, robuste, sanguine et sujette à de fréquentes douleurs rhumatismales, qui éprouve tous les deux jours des frissons accompagnés d'une douleur aiguë dans la région épigastrique et des vomissements provoqués par l'ingestion de la moindre substance solide ou liquide. Survenus à la suite des règles, ces accès morbides et périodiques sont encore accompagnés d'une perte sanguine qui aurait pu servir à la rendre pernicieuse *ménorrhagique*, autant que pernicieuse *gastralgique;* voilà sans doute pourquoi on la laisse au rang des maladies *non caractérisées*.

C'est encore à l'occasion des pernicieuses non caractérisées que M. Alibert parle de la nouvelle espèce de fièvre pernicieuse *puerpérale* qui est due à M. Osiander. Il approuve les reproches qu'on fait à ce médecin d'avoir établi cette espèce de pernicieuse essentielle d'après un seul exemple de fièvre intermittente dont les accès étaient remarquables par des symptômes de phlegmasie dans la matrice et le péritoine. Comme notre professeur, nous pensons que les reproches adressés à M. Osiander sont très fondés; mais nous pensons qu'il a eu autant de raisons d'établir sa fièvre pernicieuse *puerpérale* sur l'observation qu'il rapporte, qu'en ont eu les auteurs qui ont transformé des céphalalgies, des catarrhes, des péripneumonies, des pleurésies, et même des rhumatismes intermittents, ou qui éprouvaient des exacerbations périodiques, en autant d'espèces de fièvres pernicieuses *essentielles*. Si le savant médecin de Gottingue s'était contenté de donner la description des symptômes, ou de tracer l'histoire de sa fiè-

vre pernicieuse puerpérale, sans faire connaître le résultat de l'autopsie, il n'y a pas de doute qu'elle ne figurât aujourd'hui dans le tableau des fièvres pernicieuses essentielles ; mais comment la faire entrer dans ce tableau, quand il nous dévoile des lésions organiques qui font évanouir tout le prestige de l'essentialité, comme on peut le voir sous le nos 282 ? Aussi est-ce après avoir parlé de ces lésions que le professeur Alibert dit : « En faut-il davantage pour démontrer que cette affection n'a aucun rapport d'analogie avec les fièvres pernicieuses? Tous les médecins observateurs ne doivent-ils pas la considérer comme une *simple fièvre de suppuration* ? » Il existe donc des fièvres de suppuration qui présentent le type intermittent ! Nous nous permettrons de demander à notre professeur ce qu'il entend par ces sortes de fièvres. Nous rapportons, sous les nos 213 et 217, des observations dont on avait fait des fièvres intermittentes essentielles et dans lesquelles l'autopsie fit voir des tubercules suppurés, des amas de sérosité jaunâtre, et des débris de fausses membranes; et sous les nos 152 et 153, des exemples de fièvres pernicieuses *encéphaliques* et *céphalalgiques*, dans lesquels une portion plus ou moins considérable du cerveau était en suppuration ; serait-ce là ce que M. Alibert entendrait par des fièvres de suppuration ? Mais dans ce cas, nous serions portés à placer au rang de ces fièvres l'exemple qu'il a observé lui-même de fièvre pernicieuse soporeuse et dans lequel l'autopsie lui a fait voir des altérations assez marquées dans le cerveau, le foie et la rate, etc., mais qui, selon lui, *n'ont aucun rapport avec la fièvre essentielle dont le malade a péri*.

D'après tout ce que nous avons dit jusqu'à présent, d'après les faits nombreux que nous avons rapportés, il résulte qu'en allant du simple au composé, du connu à l'inconnu, de l'extérieur à l'intérieur, nous avons rencontré des affections intermittentes inflammatoires, subinflammatoires, hémorrhagiques et nerveuses d'abord, à l'extérieur du corps et aux extrémités visibles des muqueuses, d'où nous avons pu les suivre dans les viscères où nous avons rencontré les mêmes espèces d'irritations intermittentes, ayant eu pour les y constater tous les moyens d'investigation dont on fait ordinairement usage, pour y reconnaître des affections continues. En analysant toutes les diverses espèces de fièvres intermittentes pernicieuses admises jusqu'à ce jour, nous avons cru reconnaître qu'un petit nombre appartenait aux affec-

tions intermittentes nerveuses, hémorrhagiques et subinflammatoires; qu'un grand nombre devait être placé parmi les irritations intermittentes inflammatoires, et tenait évidemment à la lésion de certains organes dont ces prétendues fièvres essentielles portaient même les noms. Cette lésion nous a paru indiquée par le groupe ou l'ensemble des phénomènes qui les constituent, et surtout par les symptômes les plus saillants, appelés pernicieux. L'action des causes est souvent venue confirmer l'indication des lésions organiques que l'autopsie a prouvée d'une manière indubitable, lésions que plusieurs auteurs ont très bien reconnues et ont considérées comme le point de départ des symptômes généraux et fébriles. Ceux qui ont regardé les fièvres pernicieuses comme essentielles ont eux-mêmes reconnu le plus souvent la lésion de certains organes ; mais ils ont cru que cette lésion était *feinte*, qu'elle voulait *en imposer*, ou qu'elle *servait à masquer des fièvres intermittentes essentielles*; et cela uniquement parce qu'ils n'ont pas pu concevoir que des affections locales pussent ainsi disparaître et revenir à des époques déterminées. En examinant les faits sur lesquels on avait fondé les fièvres intermittentes pernicieuses, nous avons vu qu'ils indiquaient presque toujours le contraire de ce qu'on avait voulu établir. En rapprochant ces faits de plusieurs autres analogues dans lesquels on avait reconnu de véritables phlegmasies, nous avons vu qu'il y avait entre eux une analogie, une identité parfaite, et nous avons reconnu que c'était à tort qu'on accusait la nature de nous masquer, de nous cacher des fièvres intermittentes essentielles sous la forme ou l'apparence de plusieurs affections locales qui présentaient le même type, tandis que c'étaient des opinions surannées; reçues sans examen, que c'étaient d'anciens préjugés trop respectés qui seuls en imposaient, qui seuls empêchaient de voir les objets tels qu'ils sont dans la nature, et d'interpréter tous les phénomènes morbides quels qu'ils soient, fébriles, nerveux, gastriques, ataxiques, pernicieux, d'après cette saine critique qui écarte le merveilleux, et par laquelle on se rend compte facilement de ces phénomènes en remontant aux lois qui ont présidé à leur développement. Nous avons reconnu que plusieurs fièvres intermittentes dites pernicieuses ne devaient point être séparées des fièvres intermittentes ordinaires, parce que leurs symptômes prétendus caractéristiques et pernicieux, n'avaient rien de constant, rien de déterminé, rien de pathognomonique, rien qui ne

pût se rencontrer à un moindre degré dans toute fièvre intermittente bénigne.

On se rappelle qu'en commençant l'histoire des irritations intermittentes internes, nous avons placé le plus grand nombre des fièvres pernicieuses parmi les irritations inflammatoires ou les congestions sanguines périodiques des viscères ; nous croyons avoir justifié notre assertion à cet égard, en prouvant qu'en effet le plus grand nombre des fièvres intermittentes pernicieuses n'étaient que de véritables phlegmasies intermittentes et rémittentes, tantôt des organes encéphaliques et rachidiens, tantôt des viscères contenus dans la poitrine, tantôt des organes digestifs et de leurs dépendances, comme le foie et la rate ; tantôt du péritoine, des reins, de la matrice, etc. Il nous reste maintenant à parler des fièvres intermittentes ordinaires et à faire voir qu'elles ne sont point *essentielles*, que les groupes de symptômes auxquels on les reconnaît, dépendent de la lésion plus ou moins marquée d'un ou de plusieurs organes placés dans les trois cavités splanchniques. Enfin, il nous reste à prouver que ces fièvres sont symptomatiques d'une lésion quelquefois nerveuse et subinflammatoire, et beaucoup plus souvent inflammatoire, laquelle revient à des époques déterminées ou éprouve des exacerbations périodiques. On voit qu'au moment où nous allons traiter ces questions si importantes à l'égard des fièvres intermittentes proprement dites, elles se trouvent, en partie, résolues par tout ce que nous avons déjà dit ; on voit que tous les faits que nous avons rapportés, que toutes les conséquences qui en ont été déduites, sont autant de données qui nous conduisent à établir ce que nous avons avancé à l'égard de toutes les fièvres intermittentes et rémittentes essentielles. En effet, puisqu'il est prouvé qu'il existe à l'extérieur du corps un assez grand nombre de phlegmasies périodiques ; puisqu'il est prouvé qu'il en existe un plus grand nombre encore à l'intérieur ou dans les viscères ; puisqu'il est prouvé que ces phlegmasies constituent la plupart des fièvres intermittentes pernicieuses, lesquelles pourtant, d'après tous les auteurs, ne diffèrent des fièvres intermittentes ordinaires, ni par leur nature, ni par leurs causes, ni par la plupart de leurs symptômes, ni par leur traitement ; puisqu'il est vrai que certaines fièvres pernicieuses, les *cardialgiques* ou *gastralgiques*, par exemple, ne diffèrent des fièvres intermittentes bénignes que par la violence d'un symptôme qui appar-

tient également à ces dernières, c'est-à-dire la douleur de l'estomac; ne serons-nous pas portés par analogie, et pour ne pas créer des êtres morbides intellectuels ou qui n'aient rien de commun avec les organes, dans un corps qui est tout organe; ne serons-nous pas portés, disons-nous, à reconnaître, par analogie, des lésions organiques comme la source des divers groupes de symptômes que plusieurs médecins regardent encore comme des fièvres intermittentes et rémittentes essentielles, faute d'y réfléchir, parce qu'on veut croire les anciens sur parole, parce qu'on s'obstine à ne rien voir que ce qu'ils ont su voir, à ne rien admettre que ce qu'ils ont admis? On ne peut nier que l'antiquité n'ait eu de bons observateurs; ils nous ont laissé surtout, quant à la séméiotique de plusieurs maladies, des tableaux parfaits auxquels, même aujourd'hui, l'on ne saurait rien ajouter; mais il n'en est pas de même pour toutes les parties de la médecine : n'ayant pas ces données lumineuses de la physiologie et ce secours si puissant de l'anatomie pathologique que nous possédons aujourd'hui, ils ont dû errer souvent dans la détermination du siége, et surtout dans l'idée qu'ils se sont faite de la nature des maladies; ils ont dû, quant à leur théorie, ne donner rien que de très imparfait. Nous avons certainement le plus grand respect pour les anciens; mais serait-ce donc leur manquer de respect, serait-ce insulter à leur mémoire, que de rectifier ce qu'ils ont mal vu, que d'ajouter autant que possible, à ce qu'ils ont laissé d'imparfait, que d'expliquer et de se rendre compte d'une manière satisfaisante, de ce qui était pour eux de véritables problèmes? Nous ne le pensons pas. Il nous fallait les Haller, les Bordeu, les Pinel, les Bichat, les Broussais, pour nous apprendre à ne point voir dans notre corps un tout homogène, mais un composé de beaucoup de tissus et d'organes dont chacun a sa manière de vivre, de sentir, et par conséquent son mode particulier de souffrance dans les maladies. Il nous fallait le génie d'un Bichat et d'un Broussais pour nous apprendre que des symptômes généraux n'indiquent pas une maladie générale dans un corps où tout est tellement lié qu'une partie, qu'un organe quelconque ne peut souffrir, à un certain degré, sans que les autres n'en soient informés et ne prennent part sympathiquement à sa souffrance; il nous fallait ces deux grands et profonds physiologistes pour nous apprendre que les influences sympathiques de l'organe malade ne sont point

ressenties également par tous les autres, mais que chacun y répond à sa manière, selon sa sphère d'activité et de sensibilité; en sorte que les organes les plus sensibles, les plus irritables, ceux qui, par l'importance de leurs fonctions, jouent un plus grand rôle dans l'économie, en sont les premiers instruits et les plus facilement modifiés ou altérés d'une manière quelconque. Il nous fallait ce dernier et infatigable observateur pour nous apprendre que cette influence et cette modification sympathique est d'autant plus marquée que l'organe primitivement malade est plus gravement affecté; pour nous apprendre que l'affection d'un organe quelconque, quand elle est portée au plus haut degré, peut produire toute espèce de désordres dans l'économie; pour nous apprendre enfin que, dans la supposition d'une excitation générale (celle, par exemple, résultant d'une pléthore sanguine), l'inégalité de vie et d'action qui est départie à nos organes, fait que l'harmonie ne peut long-temps se maintenir, et que l'équilibre tend à se rompre au profit de ces mêmes organes qui, dans l'état de santé, reçoivent une plus grande quantité de sang, jouissent d'une vitalité plus grande, et qui sont soumis à un plus grand nombre de causes excitantes.

Les anciens avaient vu et décrit soigneusement les symptômes des maladies, mais ils n'avaient pu toujours reconnaître les organes modifiés par elles, puisqu'ils connaissaient à peine ces organes; ne sachant que faire des symptômes qu'ils ne rattachaient point à la lésion de ces derniers, ils s'appliquèrent à les grouper pour en faire des maladies générales qu'ils appelèrent *fièvres*, parce que le trouble de la circulation était ce qui les frappait davantage, et ce qui s'offrait le plus souvent à leur observation; ils ajoutèrent au terme général *fièvre*, les mots *continue* et *intermittente*, suivant que les phénomènes observés duraient un temps plus ou moins long avant de disparaître sans retour, ou qu'ils cessaient tout-à-coup, pendant un certain temps, pour revenir à des époques déterminées. Ils avaient eu assez de sagacité pour donner à la fièvre le nom de l'organe qui était malade, lorsqu'ils le connaissaient. C'est ainsi qu'ils appelaient *fièvre cérébrale*, *fièvre gastrique*, *fièvre péripneumonique*, *fièvre pleurétique*, etc., l'inflammation du cerveau, de l'estomac, du poumon, de la plèvre, etc. « Nos anciens, dit Galien (1), n'ap-

(1) *Opera omnia*, in-fol. 1525.

pelaient *fébricitants* que les malades qui, avec la fièvre, n'avaient aucune affection grave dans aucun organe principal ; car autrement ils les appelaient *pleurétiques, péripneumoniques,* du nom de l'organe affecté. » Aujourd'hui l'on sait, à n'en plus douter, et presque tous les médecins conviennent qu'il n'y a pas de maladies générales ; aujourd'hui l'on sait qu'il n'y a pas de modificateurs généraux de la fibre vivante, qui agissent en la stimulant ou en la débilitant de la même manière et à la fois dans toutes les parties du corps ; on ne peut donc observer des symptômes généraux sans se demander d'abord quels modificateurs ont agi, de quelles fonctions ces symptômes annoncent spécialement le trouble, de quels organes ces fonctions troublées indiquent la souffrance, enfin, sans se demander où sont ces organes souffrants, et de quelle lésion provient leur souffrance. Nous sommes maintenant conduit à nous faire toutes ces questions à l'égard des fièvres intermittentes ordinaires dont nous allons nous occuper.

FIN DE LA PREMIÈRE PARTIE ET DU TOME PREMIER.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE PREMIER VOLUME.

LIVRE PREMIER.

LIVRE DEUXIÈME.

MONOGRAPHIE

DES

IRRITATIONS

INTERMITTENTES.

OUVRAGES DU MÊME AUTEUR.

1° *De la nature et du siége de la plupart des affections convulsives, comateuses, mentales*, telles que *l'hystérie, l'épilepsie, le tétanos, l'hydrophobie, la catalepsie, l'hypocondrie, la manie*, etc. In-8. 4 fr.

2° *Réflexions sur la théorie physiologique des fièvres intermittentes et des maladies périodiques*. In-8. 3 fr. 50

3° *L'art de conserver la santé et de prévenir les maladies héréditaires*. Un très fort vol. in-8, 1828. 8 fr. 50

PARIS. — IMPRIMERIE DE BOURGOGNE ET MARTINET,
rue Jacob, 30.

MONOGRAPHIE

DES

IRRITATIONS INTERMITTENTES

OU

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE

DES MALADIES PÉRIODIQUES,
DES FIÈVRES LARVÉES, LOCALES OU TOPIQUES, DES FIÈVRES
PERNICIEUSES, DES FIÈVRES RÉMITTENTES ET INTERMITTENTES BÉNIGNES DES AUTEURS
ET EN GÉNÉRAL DE TOUT CE QUI OFFRE DE L'INTERMITTENCE
OU DE LA PÉRIODICITÉ EN PATHOLOGIE.

NOUVELLE ÉDITION

Entièrement refondue, très augmentée et contenant près de 600 observations,
dont un grand nombre suivies d'autopsie.

PAR

P.-J. MONGELLAZ,

Docteur de la Faculté de médecine de Paris et membre de plusieurs Sociétés savantes.

L'irritation morbide peut être intermittente dans tous les appareils et dans tous les systèmes organiques.

Broussais. *Examen des doctr. médic.*

TOME SECOND.



PARIS.
SOCIÉTÉ ENCYCLOGRAPHIQUE DES SCIENCES MÉDICALES,
RUE JACOB, N° 25.

1839.

MONOGRAPHIE

DES

IRRITATIONS INTERMITTENTES.

DEUXIÈME PARTIE.

DES FIÈVRES INTERMITTENTES ET RÉMITTENTES EN GÉNÉRAL.

Déjà dans la première édition de cet ouvrage nous avions divisé les phlegmasies intermittentes des viscères, et particulièrement du canal digestif, en deux sections, dont la première embrassait toutes celles dans lesquelles les symptômes locaux inflammatoires sont très saillants et constituent les diverses nuances de fièvres larvées et de fièvres intermittentes pernicieuses dont nous venons de faire l'histoire. La deuxième section était composée de celles dans lesquelles les phénomènes sympathiques et fébriles sont prédominants, et semblent presque seuls constituer toute la maladie, telles sont les fièvres intermittentes et rémittentes ordinaires, dites *essentielles*, dont nous allons nous occuper. Nous avons fait de celles-ci une section à part, bien qu'elles soient occasionnées par des lésions organiques à peu près semblables, 1° parce que les différents groupes de symptômes, auxquels on les reconnaît, ne représentent directement ni ceux de la gastrite, ni ceux de la gastro-entérite, ni ceux des diverses colites et entérites périodiques dont nous avons tracé l'histoire avec celle des autres phlegmasies intermittentes internes; 2° parce que nous avons reconnu entre une fièvre intermittente ordinaire et une gastrite périodique les mêmes différences qu'on remarque ordinairement entre la gastrite proprement dite et la fièvre bilieuse ou gastrique continue des auteurs : les mêmes organes sont affectés, mais à des degrés bien différents, et avec un appareil de souffrance qui est

propre à chacune de ces affections. 3° Parce que dès l'antiquité la plus reculée jusqu'à nos jours, on a conservé à ces fièvres les mêmes noms, on les a observées et décrites sous des nuances de forme et de type à peu près semblables. Nous sommes maintenant d'autant plus encouragé à conserver cette division, que des professeurs distingués l'ont adoptée pour les fièvres continues dont les intermittentes ne diffèrent guère que par le type, comme nous le verrons.

La division des fièvres, considérée relativement à leur marche, remonte à la plus haute antiquité. Hippocrate et son école, en distinguant des fièvres continues et des fièvres intermittentes, n'admirent entre elles d'autres différences que celle du type, ou de l'ordre particulier suivant lequel se reproduisent leurs symptômes.

La plupart des auteurs anciens nous ont laissé quelques tableaux de fièvre intermittente; mais jusqu'à Mercatus, Morton, Torti, Werlhof, etc., ces tableaux étaient restés très incomplets, et n'étaient guère remarquables que par une grande uniformité dans la description des principaux phénomènes. Ces phénomènes seuls constituèrent d'abord, et pendant long-temps, toute la maladie dont il s'agit. Et, jusqu'à l'époque de la doctrine physiologique, la fièvre intermittente fut considérée comme une maladie *essentielle*, *générale*, existant par elle-même, indépendante des organes dont la lésion (si l'on en reconnaissait quelqu'une) était elle-même le produit de la fièvre. On la distinguait à un groupe de symptômes qui durait quelques heures, disparaissait en tout ou en partie pendant un intervalle de temps déterminé, après lequel il se manifestait de nouveau et dans le même ordre qu'auparavant.

On appelle *accès* le temps pendant lequel se montrent les phénomènes fébriles, et *intermission* ou *apyrexie*, celui pendant lequel ils disparaissent ou n'existent plus. On nomme aussi *paroxystiques* les jours où les accès se manifestent, *intercalaires* les jours qui les séparent et qui forment l'intermission.

Selon les anciens, ce n'était pas seulement le temps de l'accès qui appartenait à la fièvre, mais encore celui de l'apyrexie; et c'était la réunion de plusieurs accès, de plusieurs apyrexies, qui seule constituait véritablement la fièvre intermittente; cette réunion ou ce nombre d'accès et d'intermissions ne fut jamais limité, parce qu'il ne pouvait l'être d'après l'observation; mais il ne dé-

passait guère, selon eux, sept ou quatorze accès pour la fièvre intermittente ordinaire ou bénigne.

Des auteurs modernes sont également d'avis que chaque accès fébrile est essentiellement lié à celui qui précède et à ceux qui le suivent; ils pensent que les accès sont autant de groupes de symptômes successifs de la même maladie, et qu'ils reparaissent *aussi long-temps que le système nerveux continue de s'exalter à certaines époques*, suivant les uns; *aussi long-temps que dure un principe particulier* ou un *fluide électrique*, suivant les autres. Nous reviendrons sur cette question.

Tout accès de fièvre intermittente est ordinairement composé de trois périodes qu'on nomme *stades de froid*, *de chaleur* et *de sueur*; ce sont en abrégé les trois périodes de toute maladie aiguë, appelées autrefois *les temps d'irritation*, *de coction* et *de crise*. Ces trois stades suivent presque toujours une marche régulière en commençant par les frissons et finissant par les sueurs. Si cette marche se trouve intervertie par une cause quelconque, la fièvre intermittente est dite *anomale*. Quand l'une de ces périodes manque, de façon que l'accès ne se compose, par exemple, que du frisson avec tremblement, ou du frisson et de la chaleur, ou bien de la chaleur et des sueurs seulement, la fièvre est appelée *incomplète;* enfin, on lui donne le nom d'intermittente *partielle*, *larvée* ou *topique*, quand le frisson, la chaleur et la sueur ne paraissent avoir lieu que dans une partie limitée du corps, dans un bras, dans le dos, dans une articulation, comme celle du genou, par exemple. Nous avons vu cette dernière variété de fièvre dans les irritations intermittentes externes, sous formes de goutte, de rhumatisme, d'érysipèle, etc.

Tous les accès d'une fièvre intermittente en général ne se ressemblent point parfaitement; il y a entre eux des différences plus ou moins sensibles. Les symptômes qui constituent les derniers accès sont ordinairement plus intenses que ceux observés dans le début de la fièvre; d'autres fois, c'est le contraire qui a lieu. Ces accès se manifestent tantôt tous les jours à certaines heures de la journée, alors la fièvre est appelée *quotidienne;* tantôt ils se répètent de deux jours l'un, alors elle porte le nom de *tierce;* tantôt il y a deux jours d'intervalle entre chaque récidive de la fièvre, dans ce cas on la nomme *quarte.*

Quand la fièvre revient tous les jours, l'accès commence habituellement le matin; vers midi, quand elle présente le type

tierce ; et sur la fin de la journée, quand c'est le type quarte. Mais il n'y a rien de bien constant à cet égard.

Il est rare qu'il y ait de plus longs intervalles que ceux qu'on vient d'indiquer entre les accès de la fièvre intermittente ; cependant des observations prouvent qu'ils peuvent ne revenir que tous les quatre, cinq, six, sept, huit, neuf, dix, douze, quinze jours et plus ; alors la fièvre prend les noms de *quintane*, *sextane*, *hebdomadaire*, *octane*, *nonane*, *décimane*, *duodécimane*, *quindécimane*, etc., toujours d'après le type d'intermittence.

Quand les accès reviennent à des époques moins fixes et peu déterminées, ils constituent la fièvre intermittente *irrégulière*, *erratique* ou *atypique*. S'ils se montrent à des époques régulières, mais plus rapprochées que les précédentes, comme deux fois chaque jour, on l'appelle *double quotidienne* ; s'ils reviennent deux fois dans les vingt-quatre heures, tous les deux ou tous les trois jours, il en résulte les fièvres *tierce doublée*, *quarte doublée*. Ce sera une *double tierce*, une *double quarte*, si les accès, revenant tous les jours, ne se correspondent que de deux ou trois jours l'un, soit par l'heure des accès, soit par la durée et l'intensité des symptômes. Quand les accès ont lieu de deux jours en deux jours, mais ne sont pas semblables entre eux et ne se correspondent que de quatre jours en quatre jours, ils constituent la fièvre *double quintane*. D'autres fièvres intermittentes ont été appelées *triples tierces* parce qu'elles présentent trois accès en deux jours ; deux accès le premier jour, et un seul le second ; les deux autres accès du troisième jour correspondent à ceux du premier jour, et l'accès unique du quatrième à celui du deuxième jour ; on a aussi nommé ces fièvres *semi-tierces* ; elles paraissent correspondre aux fièvres *hémitritées* des anciens. Enfin on a distingué des intermittentes *quadruple tierce*, des *triple quarte*, des *quarte triplée*, etc. Mais quelle nécessité d'attacher de l'importance à toutes ces subtiles divisions qu'on a faites relativement au type ? Voudrait-on encore s'en servir pour créer des êtres intermittents particuliers qui n'ont le plus souvent rien qui les distingue que les noms eux-mêmes qu'on leur a donnés ? Conçoit-on bien, par exemple, quelle différence importante peut exister entre une fièvre quotidienne, une double tierce, une double ou triple quarte, entre une fièvre tierce et une double quintane ? Toutes ces futiles distinctions, tout ce fatras de noms, ne servent qu'à fatiguer la mémoire et embarras-

ser au lit des malades. Tout ce qu'il importe de bien connaître, c'est le degré d'irritation viscérale qui occasionne la fièvre, c'est l'état du malade pendant l'intervalle qui en sépare les accès, afin de bien saisir les indications thérapeutiques. Une double tierce, une double quarte, peuvent, dit-on, se distinguer d'une quotidienne, une double quintane d'une tierce, parce que certains accès se correspondent aux mêmes heures! Mais n'est-il pas prouvé que l'heure à laquelle revient un accès quelconque n'a rien de bien fixe et peut varier selon une infinité de circonstances? N'en est-il pas de même de la durée et de l'intensité des symptômes qui constituent les accès d'une fièvre intermittente quelconque?

L'invasion d'un accès fébrile est souvent plus ou moins rapide et sans symptômes précurseurs; il n'est pas rare pourtant qu'elle soit précédée d'un malaise général, d'un sentiment de fatigue, d'un engourdissement physique et moral plus ou moins sensible, d'anorexie, de sueurs partielles, de frissonnements vagues et d'un sommeil agité.

Les différents stades d'un accès peuvent présenter de nombreuses modifications sous le rapport de l'intensité, de la durée et du mode de développement des symptômes qui les caractérisent; mais c'est le stade de froid qui présente à cet égard le plus de variété : tantôt il n'y a qu'un refroidissement passager, qui effleure légèrement la surface cutanée; plus souvent il se manifeste un sentiment de froid si vif qu'il provoque une espèce de serrement et de compression à la périphérie du corps; la peau et les muscles s'appliquent si fortement sur les os, qu'il en résulte une apparence de maigreur remarquable, surtout à la face : cet état constitue l'*horripilation*, le *rigor* des Latins, qui fait saillir les bulbes de la peau et forme ce qu'on nomme la *chair de poule*. Il survient presque toujours en même temps un tremblement plus ou moins prononcé, ou une espèce d'agitation convulsive du système locomoteur avec pandiculation des membres, rapprochement subit des mâchoires et claquement des dents : ce sont ces derniers symptômes qui constituent positivement ce qu'on appelle *tremblements* ou *frissons fébriles* : ils sont quelquefois si violents que les malades ne peuvent se tenir ni debout, ni assis, ni couchés dans une position fixe dans leur lit, qui est lui-même ébranlé par les secousses convulsives; les dents se heurtent quelquefois avec une force telle qu'on en a vu se briser. Chez quel-

ques malades, le froid paraît envahir simultanément toute la surface du corps; chez le plus grand nombre, il commence par le dos et les extrémités inférieures, d'où il se répand plus ou moins vite sur toutes les autres parties. Il peut arriver que ce froid soit partiel ou n'occupe qu'un seul organe ou une seule région, comme le nez, les oreilles, les mains, les pieds, la région dorsale ou lombaire, etc. L'intensité du froid d'un accès quelconque ne peut pas toujours être jugée ni appréciée par le tact, car il arrive parfois qu'au plus fort des frissons fébriles la main appliquée sur le corps des malades s'aperçoive à peine d'un abaissement sensible de température.

Le passage du stade de froid à celui de la chaleur est quelquefois assez rapide; le plus souvent néanmoins il a lieu d'une manière insensible et graduelle. La chaleur commence ordinairement par la tête ou par l'épigastre, et s'étend de là plus ou moins vite à toute la surface du tronc et des membres; il n'est pas rare que la chaleur n'atteigne que fort tard certaines régions, surtout les extrémités opposées à celles par où elle a commencé. A mesure que la chaleur s'établit, la soif se déclare ou augmente sensiblement; la céphalalgie s'accroît aussi, quand elle ne commence pas à se développer durant la période de froid; le pouls se développe et devient plus fréquent; l'urine, qui était d'abord pâle et limpide, devient rouge. La durée de cette période varie de plusieurs minutes à quelques heures. Il en est de même de la sueur, qui s'établit ordinairement peu à peu en commençant par la tête, la face, le cou et le devant de la poitrine, puis se répand tantôt d'une manière insensible et graduelle, tantôt d'une manière uniforme et instantanée, à toutes les autres parties du corps; d'autres fois elle ne s'établit que partiellement, surtout au début de certaines fièvres; sa quantité varie beaucoup suivant les individus; elle a souvent une odeur aigre et même fétide. Aussitôt que ce dernier stade commence, la plupart des symptômes qui avaient déjà diminué pendant la période de chaleur, disparaissent assez rapidement; la respiration devient libre, le pouls souple et régulier; la céphalalgie, la soif, le dégoût, les envies de vomir font place au besoin de dormir, auquel succède fréquemment celui de prendre quelque nourriture. L'urine évacuée vers la fin de l'accès est presque toujours chargée en couleur et dépose un sédiment épais, semblable à la brique pilée. Les anciens attachaient une grande importance à ce phénomène, qu'ils regardaient

comme un signe pathognomonique de la fièvre intermittente.

L'intervalle de temps qui sépare les accès ou l'intermission ne constitue pas toujours un état de santé parfaite; il n'est pas rare que le malade reste faible, qu'il ressente une espèce de brisement et de fatigue dans les membres et dans le dos; son teint est pâle; il est plus impressionnable aux moindres secousses physiques ou morales, surtout à l'action du froid; l'appétit est nul ou peu marqué, la digestion pénible; mais ce n'est guère que quand l'intermission est de courte durée, comme dans les doubles quotidiennes, les triples tierces dont les accès sont plus ou moins longs, que les fonctions organiques restent languissantes et n'ont point le temps de reprendre cet équilibre de force et de régularité qui constitue leur état normal; presque toujours, au contraire, durant l'intervalle qui sépare les accès tierces, quartes, quintanes, etc., les fonctions se rétablissent parfaitement. L'on peut établir en général que plus l'intermission est longue, plus l'état du malade est satisfaisant et se rapproche de la santé.

La durée d'un accès de fièvre intermittente en général varie depuis trois, quatre, cinq et six heures, terme moyen, jusqu'à dix, douze, quinze heures, quelquefois jusqu'à dix-huit et vingt-quatre heures, rarement trente-six ou quarante-huit. La durée d'un accès quelconque est assez indépendante du type d'intermittence; cependant on a cru remarquer qu'elle était d'autant plus longue que la fièvre se rapprochait davantage de la continuité, qu'ainsi les accès quotidiens étaient plus longs que les accès tierces, ceux-ci plus allongés que les accès quartes, et ainsi de suite. Mais il n'y a rien de fixe à cet égard, et il n'est pas rare que les accès d'une intermittente quarte soient plus longs que ceux des fièvres quotidienne et tierce. Quand la durée d'un accès ne dépasse pas douze heures, la fièvre intermittente est dite *régulière*, *exquise* ou *légitime*, selon les anciens; elle est *fausse* ou *bâtarde*, quand les accès s'étendent bien au-delà de ce temps; s'ils atteignent ou dépassent vingt-quatre heures, il s'agit alors, selon eux, d'une fièvre *compliquée* ou *prolongée*. M. Bonnet rapporte un cas de fièvre intermittente dont l'accès durait soixante-douze heures; à cause de cette circonstance il veut la classer à part et en faire une espèce de fièvre intermittente *anomale* : nous n'entrerons pas dans ces subtiles distinctions.

Quel que soit le type d'intermittence de la fièvre, l'heure des accès peut avancer dans le commencement et reculer vers la fin. Dans quelques cas, les accès avancent régulièrement tous les jours d'une ou de deux heures; d'autres fois ils retardent de la même manière; et, après avoir long-temps retardé en suivant le même ordre, ils avancent tout-à-coup de plusieurs heures, en sorte qu'ils se retrouvent au même point qu'auparavant. Ce sont en général les fièvres quotidiennes qui retardent, et les tierces qui avancent de quelques heures, avant d'être parfaitement réglées.

Les fièvres intermittentes peuvent toutes changer de type et se transformer les unes dans les autres; une fièvre quotidienne, par exemple, peut devenir tierce, double tierce, quarte, double quarte, puis reprendre le type quotidien; de ce type elle peut passer à la continuité, puis reparaître encore sous l'un des types précédents. Une fièvre quelconque peut également monter de la continuité à l'intermittence quotidienne, tierce ou quarte. Ce fait, bien avéré et reconnu par tous les bons observateurs, ne prouve-t-il pas évidemment que le type n'est qu'une chose très accessoire dans les fièvres comme dans les maladies en général, et qu'il ne change nullement leur nature? Il y a beaucoup d'exemples de cette singularité dans la marche et de cette mobilité dans le type des fièvres; c'est ainsi que Lanzoni, dans l'épidémie de fièvres intermittentes qui survint à Ferrare pendant l'été de 1715, a vu plusieurs de ces fièvres présenter successivement les types quarte, double quarte, puis tierce et double tierce, puis revenir au type quarte, et enfin ne reparaître que de sept jours en sept jours, c'est-à dire sous le type octane.

Adam Genselius, en décrivant une épidémie de fièvres intermittentes qui régna dans la Basse-Hongrie en 1712, rapporte qu'au mois de mai ces fièvres *simulaient* d'abord des continues pendant trois jours; le quatrième jour, il y avait rémittence bien marquée. Le cinquième, on observait deux paroxysmes très distincts, un le matin, l'autre le soir. Le sixième jour, il en était de même. Le huitième, ces fièvres devenaient de véritables tierces, et conservaient ce type pendant six jours consécutifs; puis elles devenaient anomales pendant trois jours; ensuite rémission de vingt-quatre heures; enfin, elles reprenaient leur type primitif de fièvres doubles quotidiennes.

Dans une observation rapportée par M. Fizeau, la fièvre d'a-

bord quarte, devint tierce, puis quotidienne, et enfin double quarte. Une autre fois la fièvre fut d'abord une quarte bien réglée, ensuite une tierce et une double tierce; puis elle se transforma en fièvre adynamique continue : enfin elle revint au type quarte avec les mêmes symptômes et la même régularité que la première fois. M. le professeur Andral rapporte un exemple de fièvre qui, d'abord continue pendant quelques jours, paraissait être arrivée à sa terminaison quand elle se montra par accès intermittents, d'abord avec frisson et chaleur, sans sueur; ensuite par accès réguliers, tantôt tous les quatre ou tous les cinq jours seulement, tantôt plusieurs fois par jour; enfin après trois semaines, cette fièvre présenta six accès consécutifs sous le type tierce, et céda à l'administration du quinquina.

Le nombre d'accès que peut offrir successivement une fièvre intermittente en général n'a rien de fixe; les auteurs ne font à cet égard que des évaluations approximatives, et encore ne s'accordent-ils point entre eux, parce qu'une infinité de circonstances peuvent contribuer soit à rappeler un accès fébrile, soit à prévenir son retour; et alors même que rien ne semble s'opposer à ce que la fièvre marche à son aise, tout étant régulier dans le régime et les alentours des malades, il n'y a encore rien de fixe pour le nombre d'accès qu'elle peut présenter : c'est une vérité basée sur l'observation. Des expériences directes ont même été faites à cet égard dans plusieurs hôpitaux, et presque toutes ont conduit à des résultats différents, selon les circonstances. Le professeur Pinel, par exemple, ayant fait dresser à l'hôpital de la Salpêtrière des tables sur un grand nombre de malades atteints de fièvres tierces et doubles tierces, qu'on abandonna à elles-mêmes, a trouvé que le nombre des accès avait varié depuis trois jusqu'à trente-deux. M. Husson, à l'Hôtel-Dieu, a constaté également qu'il n'y avait rien de fixe sur le nombre d'accès que pouvaient présenter les fièvres tierces et quartes qu'il a eu occasion d'observer. Il n'est pas rare que le nombre des accès aille jusqu'à quarante, cinquante, soixante; on voit beaucoup de fièvres quartes qui durent plusieurs mois, une année et plus.

Ce nombre d'accès paraît assez indépendant du type d'intermittence, et chaque fièvre, quel que soit son type, quotidien, tierce, quarte, quintane, double tierce, double quarte, etc., est susceptible de la même variation à cet égard. Toutefois, il est d'ob-

servation que les fièvres quartes ont en général un plus grand nombre d'accès que les tierces, et celles-ci un plus grand nombre que les quotidiennes. Relativement aux autres types d'intermittence, comme ils sont assez rares, on n'a rien encore statué sur le nombre présumé de leurs accès. J. Frank a vu des intermittentes quintanes qui eurent un assez grand nombre d'accès. Garliep, en juin 1700, a observé des intermittentes septénaires dont les accès se répétèrent plusieurs fois, et ne présentèrent rien de fixe pour leur durée, non plus que les autres fièvres tierces et quartes qui régnaient en même temps.

On a quelquefois donné aux fièvres intermittentes le nom des saisons où elles se développent le plus souvent, comme *vernales*, *automnales*, sans doute aussi parce que ces diverses périodes de l'année ont une influence assez marquée sur leur type et leur nature. Ainsi on a observé qu'elles se présentaient ordinairement sous type quarte et sous forme muqueuse en automne; sous type quotidien et sous forme inflammatoire en hiver et au printemps; sous type tierce et sous forme bilieuse ou gastrique en été et quelquefois au printemps quand il est très chaud. Les intermittentes vernales sont considérées comme plus bénignes et plus courtes; les automnales comme plus graves et plus prolongées. Les premières cessent quelquefois spontanément, après trois ou quatre, six ou sept accès; les dernières durent souvent plusieurs mois, se prolongent jusqu'au printemps, et peuvent se transformer en fièvres hectiques, rémittentes ou continues, par suite de l'engorgement chronique des viscères abdominaux.

Enfin, on a dit que, sous le type quotidien, la fièvre intermittente était ordinairement tantôt muqueuse, tantôt inflammatoire; que sous le type tierce on ne voyait guère que des fièvres bilieuses; on a dit que les accès de la fièvre bilieuse avaient ordinairement lieu le matin, et ceux de la fièvre muqueuse après midi ou le soir.

Nous croyons qu'il n'y a rien de fixe à cet égard; mais, puisque nous avons prononcé les mots de *bilieuse* et *muqueuse*, il faut bien nous y arrêter un moment, quoique nous devions plus tard nous occuper plus sérieusement de ce sujet. On donne souvent à la fièvre intermittente bilieuse le nom de gastrique, parce que tous les auteurs sans exception reconnaissent que dans cette nuance de fièvre, qui est la plus ordinaire, il y a des symptômes qui indiquent évidemment le trouble des fonctions digestives et

une lésion quelconque dans l'estomac ou le canal digestif. Ces symptômes et cette lésion, on est obligé de les reconnaître également dans la fièvre intermittente muqueuse, mais sous des nuances de forme différente, et sans doute aussi de lésion organique. Les formes et les nuances de symptômes et de lésions nous conduisent naturellement à parler des espèces de fièvres intermittentes qu'on trouve solennellement rangées et classiquement décrites dans les auteurs, sous les noms de fièvre intermittente simple ou bénigne, de fièvres intermittentes inflammatoire, bilieuse, muqueuse, adynamique, ataxique ou nerveuse, et surtout de fièvres intermittentes pernicieuses, dont nous venons de faire longuement et assez matériellement l'histoire pour qu'on ne puisse plus y voir des fièvres *essentielles.* Ce qu'il y a de remarquable à l'égard de cet immense tableau de fièvres essentielles, c'est que, dès l'apparition de la doctrine physiologique, cette autre tour de Babel s'est écroulée d'elle-même, parce qu'on ne s'est plus entendu ; je veux dire que, parmi les médecins essentialistes et ontologistes, les uns, tels que MM. Fournier et Vaidy, ont commencé par en détacher les fièvres adynamiques ou putrides et ataxiques, pour les mettre au néant; plus tard, la fièvre intermittente simple, ou bénigne, a été mise de côté par MM. Bouillaud et Chomel. D'autres écrivains ont fait le procès des fièvres intermittentes nerveuses, malignes et pernicieuses. Enfin, M. Andral, à l'instar de M. Broussais, a fini par nous donner une bonne histoire de toutes les maladies internes, décrites avec talent, observées avec sagacité dans tous les appareils organiques, et l'on est tout étonné de ne plus trouver de fièvres essentielles, ni continues, ni intermittentes. Dans l'un des Traités les plus récents de fièvres intermittentes, M. Bonnet, tout en ressuscitant la fièvre intermittente *simple*, et en niant l'existence des fièvres intermittentes nerveuses de M. Chomel, n'en fait plus des êtres mystérieux et essentiels ; il a le bon esprit de rapporter chaque groupe de symptômes à des lésions organiques. Il en est de même de M. Maillot, puisque cet auteur, sans se rendre un compte bien exact de la nature des fièvres intermittentes, les rattache cependant toutes à des lésions, soit du cerveau et de ses dépendances, soit des organes contenus dans la poitrine, soit des viscères abdominaux, comme nous l'avons vu pour les fièvres intermittentes pernicieuses, que les auteurs dont il s'agit ne distinguent pas des fièvres intermittentes ordinaires, puisque, d'après M. Maillot,

ce n'est que l'exagération des symptômes de celles-ci qui les rend pernicieuses.

La fièvre intermittente, considérée relativement aux individus, attaque, dit-on, de préférence sous type tierce ou quotidien les jeunes gens, les personnes d'une constitution forte et sanguine; sous type quarte, les vieillards, les femmes en couche, les personnes faibles, valétudinaires, d'un tempérament lymphatique. Il nous paraît que cette remarque souffre beaucoup d'exceptions.

Le nombre des accès fébriles ne suit point le rapport des progrès de l'âge. La fièvre intermittente ne se borne pas, comme on l'a dit, à un petit nombre d'accès chez les enfants, et n'en présente pas toujours un très grand nombre chez les vieillards; mais elle est plus ou moins courte ou rebelle dans tous les âges, suivant les circonstances. Cependant on peut établir d'une manière générale qu'elle présente un nombre d'accès moins considérable chez les jeunes gens, et qu'elle cède plus facilement aux moyens qu'on lui oppose que chez les individus d'un âge plus ou moins avancé. Elle attaque d'ailleurs, quel que soit son type d'intermittence, tous les âges, tous les sexes, toutes les constitutions; on l'observe dans tous les lieux, dans toutes les saisons; mais certains lieux, certaines saisons, sont plus favorables à son développement, comme nous le verrons. Elle est souvent endémique, quelquefois épidémique, jamais contagieuse, ou du moins les faits qui tendent à prouver sa contagion sont loin d'être concluants.

Le pronostic des fièvres intermittentes en général est assez favorable, considéré relativement aux continues; et, toutes choses égales d'ailleurs, ces fièvres sont d'autant moins à redouter, que leur type s'éloigne davantage de la continuité; ainsi, les intermittentes, dont les accès sont séparés par six, huit, dix, douze jours, constituent à peine une maladie; c'est une indisposition de quelques heures à laquelle bien des malades font à peine attention, vu qu'après chaque accès ou chaque récidive de la fièvre, ils se trouvent jouir d'une parfaite santé pendant plusieurs jours consécutifs. Mais dès qu'il n'y a plus que deux jours d'intervalle entre les accès fébriles, comme cela arrive beaucoup plus souvent, alors la fièvre est plus sérieuse et plus rebelle aux moyens qu'on lui oppose. Cependant elle est moins fâcheuse, dit-on, que quand les accès ne sont plus séparés que par un jour, ou par dix, douze heures; celle-ci est encore moins dangereuse

que la fièvre rémittente, dont les accès se joignent, et qui ne diffère de la fièvre continue que par des rémissions et des redoublements périodiques. Ainsi, règle générale, les fièvres rémittentes sont plus funestes que les quotidiennes; celles-ci sont plus graves que les tierces; les tierces plus à craindre que les quartes, et les quartes plus à redouter que les fièvres quintane, sextane, octane, décimane, etc. Il y a aussi une remarque à faire relativement à la marche des accès : quand ils deviennent à chaque retour plus faibles et plus courts, c'est un signe que la fièvre se terminera plus ou moins promptement, et souvent sans autre médication que le régime; quand au contraire les accès deviennent chaque fois plus intenses et s'allongent de quelques heures, alors on peut craindre une issue funeste si on ne lui oppose promptement les moyens convenables. La gravité des fièvres intermittentes peut aussi varier suivant les individus et les organes affectés, suivant leur nature nerveuse et inflammatoire, suivant la nuance et la forme de celle-ci, comme nous le verrons.

Mais, en général, quand une fièvre d'accès est bien réglée, et qu'elle n'offre que le groupe de symptômes auquel on la reconnaît ordinairement, c'est une maladie peu grave et qui cède facilement, soit au régime, soit aux remèdes connus. Cette vérité, relative au pronostic des fièvres intermittentes, avait été reconnue des anciens; Hippocrate l'avait même exagérée en disant qu'une fièvre intermittente était toujours sans danger, et qu'une fièvre continue cessait d'être dangereuse par cela même qu'elle devenait intermittente : *Quocumque modo intermittant febres, significat periculi esse expertes* (Aph. 62). Celse adopta la même opinion : *Febres quæ certum habent circuitum, et ex toto remittunt, tutissimæ sunt.* C'est d'après cette fausse idée de la fièvre intermittente que les anciens avaient établi que non seulement elle n'était pas dangereuse, mais qu'elle était quelquefois utile et avantageuse; de là leur division des fièvres d'accès en *salubres* et *insalubres*, division qui repose sur une erreur, comme nous le verrons. C'est surtout l'innocuité absolue de la fièvre quarte qui nous a paru exagérée par les anciens : *Omnium*, dit Hippocrate, *est tutissima quartana, placidissima et longissima.* Selon Galien, *Longior ac quantum in ipsâ est, haud quaquam periculosa quartana.* Senac, Frank, Brera, pensaient aussi que les fièvres quartes guérissaient plus facilement que les tierces, et celles-ci plus aisément que les quotidiennes. Pour nous, celles qui nous

ont paru céder plus facilement aux moyens curatifs dans tous les cas, ce sont les fièvres tierces.

Une fièvre intermittente, quel que soit son type, est en général d'autant plus difficile à guérir qu'elle a duré plus long-temps, et que l'habitude morbide est plus solidement établie; d'ailleurs, sa gravité est toujours en raison de l'activité des causes, de l'intensité des symptômes, et de l'importance plus ou moins grande de l'organe ou des organes primitivement et principalement affectés. On ne peut pas établir en thèse générale que la fièvre intermittente est exempte de danger, puisqu'on voit des malades qui y succombent même après un petit nombre d'accès, et beaucoup d'autres chez qui la répétition des accès fébriles amène l'hydropisie, des engorgements divers dans les viscères abdominaux, et par suite la fièvre hectique et la mort. Cependant l'expérience a prouvé que la fièvre d'accès est une maladie en général facile à guérir, et qu'on peut, dans presque tous les cas, en prévenir les funestes accidents consécutifs, si l'on emploie à temps les moyens convenables.

On a distingué certaines nuances de la fièvre intermittente dont la marche est ordinairement moins régulière, plus rapide, et dans lesquelles, à l'intensité des symptômes ordinaires, se joint le développement d'un ou de plusieurs phénomènes plus saillants que les autres; on les a appelés fièvres intermittentes malignes ou pernicieuses. Nous avons déjà traité aux différents chapitres des *phlegmasies*, des *subinflammations*, des *hémorrhagies*, des *névroses* intermittentes internes, plusieurs nuances de fièvres pernicieuses dont le siége et la nature nous étaient parfaitement connus (du moins pour les trois premiers genres de maladie dont il s'agit). Il nous reste à parler de celles qui correspondent à l'ordre des fièvres continues ataxiques ou nerveuses.

La distinction qu'on a voulu établir entre les mots *pernicieux* et *ataxique*, pour en faire deux espèces particulières de fièvres intermittentes, ne nous paraît point fondée : on dit qu'il faut réserver le mot pernicieux pour les fièvres intermittentes qui sont *épidémiques*, qui présentent des symptômes particuliers plus saillants que les autres, et dans lesquelles l'économie animale est moins *radicalement énervée* que dans celles qu'on doit appeler ataxiques intermittentes (1). Mais existe-t-il une seule des fièvres intermittentes dites ataxiques, qui ne présente de même quel-

(1) Alibert, *Traité des Fièvres intermittentes pernicieuses*, p. 161.

ques symptômes plus ou moins saillants? Qu'on nous dise d'ailleurs sur quelles épidémies sont fondées la plupart des fièvres intermittentes dites pernicieuses? Sur quelles épidémies sont fondées, par exemple, les pernicieuses *rhumatique*, *ictérique*, *convulsive*, *néphrétique*, *hydrophobique*, *épileptique*, *aphonique*, etc., dont chacune, comme nous l'avons vu, est établie sur un ou deux faits isolés, et s'est développée sous des influences tout-à-fait accidentelles? Quant à la différence fondée sur le plus ou le moins d'*énervation de l'économie animale*, notre jugement n'a jamais été assez subtil pour la saisir.

M. Chomel soutient aussi qu'il ne faut pas confondre les fièvres intermittentes ataxiques avec les fièvres pernicieuses, parce que celles-ci ont une marche rapide, insidieuse ou insolite à laquelle il faut avoir égard, parce qu'il peut en résulter des indications thérapeutiques particulières. Ce professeur pense qu'il y a même des signes à l'aide desquels on peut reconnaître, dans le cours d'un accès fébrile actuel, que l'accès suivant pourra être pernicieux et même mortel; ces signes sont: 1° l'altération remarquable des traits et une grande faiblesse; 2° un sommeil profond qui a lieu à une heure extraordinaire et qui dépend exclusivement de l'accès; 3° quelque symptôme insolite, comme une douleur vive, une évacuation abondante, de légers mouvements convulsifs, du délire, la faiblesse et l'irrégularité du pouls; 4° une urine rare, très foncée et très fétide (1). Personne, sans doute, ne trouvera qu'il y ait une bien grande perspicacité à juger qu'un accès, qui présente déjà des symptômes aussi graves que ceux qu'on vient de signaler, puisse être suivi d'un autre plus pernicieux encore ou dont l'intensité aille en augmentant! Ce n'est là qu'une marche naturelle et non point *insolite*. Beaucoup de praticiens regardent déjà comme pernicieux la plupart des symptômes qui ne sont pour M. Chomel qu'un avant-coureur d'un accès pernicieux ou de la *fièvre pernicieuse elle-même*.

Les diverses périodes d'un accès de fièvre intermittente, quel que soit son type, tierce, quotidien ou quarte, peuvent varier en intensité et en durée selon une infinité de circonstances; cette intensité et cette durée sont quelquefois portées si loin pour chaque période de froid, de chaleur, de sueur, qu'elles ont servi à distinguer plusieurs espèces de fièvre intermittente pernicieuse.

(1) *Traité des fièvres et des maladies pestilentielles*, 1821.

Le stade de froid, qui est ordinairement le plus court et le plus dangereux des trois, se fait sentir depuis un quart d'heure, une demi-heure, jusqu'à trois, quatre heures, et même plus. Il y a pourtant des cas dans lesquels les symptômes qui constituent la période de froid sont si peu marqués, qu'on a cru que cette période avait manqué. D'autres fois, au contraire, elle dure beaucoup plus long-temps qu'à l'ordinaire, et n'est presque pas suivie de chaleur ; il y a plusieurs exemples de personnes qui ont succombé pendant le stade de froid d'une fièvre intermittente, et sans qu'on soit parvenu à les réchauffer ; c'est ordinairement chez les vieillards que ces accidents funestes ont été observés. Mais en général ce ne sont guère que certaines parties du corps, particulièrement les extrémités inférieures, qui restent comme glacées pendant tout le cours de l'accès, et sans que la chaleur, développée partout ailleurs, puisse y arriver ; ce sont ces différents cas qui ont servi à distinguer l'espèce particulière de *fièvre pernicieuse algide*.

La période de chaleur est en général beaucoup plus longue, mais moins dangereuse que la précédente. André Loew a vu une épidémie de fièvres tierces dont le frisson, de trois heures, était suivi d'une chaleur de quarante heures avec un violent mal de tête, prostration des forces et délire. Il n'est pas très rare, surtout chez les vieillards et les individus très sanguins, ou qui se livrent habituellement aux travaux du cabinet, que le sang se porte rapidement et en grande quantité au cerveau, durant la période dont il s'agit, et qu'il en résulte des symptômes délirants, comateux, convulsifs ; de là les espèces pernicieuses intermittentes *convulsive*, *soporeuse* et *délirante*. Il y a des exemples de fièvre d'accès dans lesquels le dernier stade survient presque immédiatement après les frissons ; la période de chaleur ne dure qu'un temps inappréciable ou paraît manquer, de telle sorte que la moiteur et les sueurs semblent se lier à la période de froid. Cette variété est une des plus rares. Il en est de même de celle où la fièvre d'accès ne paraît caractérisée que par la période de chaleur : Thomas Bartolin rapporte l'histoire d'une femme qui tous les jours, à une heure fixe, éprouvait une chaleur vive qui n'était ni précédée de froid ni suivie de sueur (1). Morgagni a observé au contraire une malade dont la fièvre n'était caractéri-

(1) *Act. med. Hafnic.*, vol. V.

sée que par le frisson et le tremblement, sans chaleur ni sueur consécutives; cet accès revenait chaque soir à une heure fixe, et durait jusqu'au matin : c'est par l'usage du quinquina qu'elle fut guérie (1).

Le stade des sueurs varie aussi beaucoup par sa durée, et en général non seulement il n'offre pas de danger, mais il est au contraire presque toujours avantageux, puisqu'il amène la solution de la maladie. Quelquefois cependant les sueurs sont beaucoup plus abondantes, et coulent plus long-temps que de coutume, sans qu'il en résulte une crise avantageuse pour le malade; ce qui a fait distinguer encore la fièvre *pernicieuse diaphorétique*. Nous rapportons ci-après un exemple de fièvre quarte dont la période des sueurs ne dure pas moins de douze heures, sans que la fièvre soit nullement pernicieuse, puisque ses accès se sont répétés long-temps sans danger pour le malade. Il est assez reconnu que quand les sueurs sont abondantes et de bonne nature, l'apyrexie qui suit est en général plus complète, et, à part un peu de faiblesse, les malades se trouvent comme en parfaite santé. C'est au contraire quand les sueurs manquent ou sont à peine sensibles, que la fièvre tend à devenir grave et pernicieuse. Il y a des fièvres intermittentes dont les trois périodes, de froid, de chaleur et de sueur, sont comme interverties : on a vu à Varsovie, en 1700, des fièvres dont les accès commençaient par une chaleur brûlante à laquelle succédaient des horripilations. Pecklin a vu un homme qui avait pendant l'accès un côté du corps froid comme glace, et l'autre brûlant (2). Un individu dont parle Sénac (3) avait la moitié supérieure du corps brûlante, tandis que l'inférieure était froide. M. Chomel a eu occasion de soigner un malade chez qui le *rigor* qui appartient au premier stade, la chaleur et une sueur abondante existaient en même temps.

Quelques médecins ont cru remarquer que les diverses périodes de l'accès présentaient des différences très marquées suivant le type de la fièvre. Ainsi on a dit que le froid était plus prolongé dans la fièvre quarte, mais moins vif et moins intense que dans la fièvre tierce; on a dit que la chaleur et la soif étaient moins prononcées dans les fièvres quotidiennes que dans les quartes, et en général plus vives et plus considérables dans les tierces

(1) *De Sedibus et Causis morborum*, epist. XLIX.
(2) *Acad. scrut. natur.*, vol. IX.
(3) *De reconditâ Feb. intermit. nat.*, p. 43.

que dans toutes les autres. On a dit aussi que les sueurs étaient plus abondantes dans les tierces que dans les quotidiennes, et dans celles-ci que dans les quartes. Mais toutes ces subtiles distinctions sont tellement arbitraires, qu'il n'est pas donné à deux observateurs de les faire deux fois de la même manière, quoique placés dans des circonstances semblables.

Les accès de la fièvre intermittente ne sont pas toujours séparés par un intervalle apyrétique bien marqué. Il n'est pas rare que l'intermission soit courte et à peine sensible dans les intermittentes double quotidienne, double tierce, triple quarte ; en effet, si par une cause quelconque leurs accès se prolongent, il arrive que le premier est à peine achevé lorsqu'il en survient un second ; les paroxysmes peuvent même se joindre et anticiper en quelque sorte les uns sur les autres. C'est ce qui constitue la fièvre *subintrante* des auteurs. D'autres fois ces accès mettent bien entre eux un certain laps de temps, comme douze, dix-huit ou vingt-quatre heures, mais ils ne sont point suivis d'apyrexie ; il règne seulement entre eux un état morbide beaucoup moins sensible que celui qui provoque l'accès fébrile, de telle sorte que ces accès ne sont plus alors que des exacerbations ou des redoublements périodiques d'une fièvre continue appelée *rémittente*.

Les anciens placèrent ce genre de fièvres continues avec des redoublements réguliers soit au rang des intermittentes, soit au rang des fièvres continues, divisées en *synoque* quand la fièvre n'avait pas d'interruption, et en *synèque*, quand elle était sujette à des rémissions. Avicène donna le nom de *paroxysmales* aux fièvres continues avec redoublements. Sennert les appela *continues périodiques*, Torti *proportionnées*, Morton *continentes*, et un grand nombre d'autres médecins distingués les confondirent avec les fièvres continues. Suivant Millar, au contraire, toutes les fièvres en général sont des rémittentes, excepté les éphémères et les inflammatoires, c'est-à-dire que toutes les fièvres, selon lui, sont sujettes à des redoublements ou à des exacerbations plus ou moins sensibles. Selle, dit le professeur Chaussier, désigne sous le nom de fièvres rémittentes toutes les fièvres qui présentent une diminution manifeste dans leurs paroxysmes, ce qui comprend à la rigueur toutes les fièvres continues, puisqu'il n'en est aucune qui ne présente ces rémissions (1). Vogel, Lieutaud,

(1) Notes de la *Pyrétologie*, trad. franc.

Grant et beaucoup d'autres écrivains partagèrent à peu près cette opinion, fondée d'ailleurs sur l'observation de tous les temps.

Un grand nombre d'auteurs illustres, et en particulier Sydenham, Baillon, Hoffmann, Cullen, Pinel, ne firent presque pas mention du type rémittent, et en général donnèrent peu d'attention au type fébrile, par la raison toute simple qu'on voit très souvent des fièvres intermittentes devenir rémittentes, celles-ci passer à la continuité, *et vice versâ*. MM. Bonnet et Maillot traitent en même temps les fièvres intermittentes et les fièvres rémittentes sans établir entre elles aucune différence importante ; seulement, M. Maillot appelle ces dernières *pseudo continues*. Selon le professeur Baumes, les fièvres rémittentes constituent *un genre mixte de pyrexie*, faisant la nuance entre la fièvre continue et la fièvre intermittente, sans cesser d'appartenir à cette dernière.

Quelques auteurs modernes rajeunissant l'opinion de Boerhaave et de Stoll, font de la fièvre rémittente *un être double;* ils la considèrent comme une réunion de deux entités fébriles (la continue et l'intermittente), qui attaquent à la fois le même individu, et qui marchent ensemble sans se confondre et sans avoir aucun rapport entre elles!

Dans ces derniers temps, plus que jamais, on a fait des efforts pour séparer ce que la plupart de nos devanciers avaient uni. On a voulu donner au type des fièvres une importance très grande, dans le but assez évident d'isoler les fièvres intermittentes, d'en faire encore des maladies *suî generis*, des entités pathologiques à part, qui n'aient rien de commun avec les fièvres continues! Le prestige de *l'essentialité* et de la *nervosité* ayant été abandonné à l'égard de ces dernières fièvres, on a voulu le reporter tout entier sur les intermittentes, devenues son dernier retranchement.

D'autres écrivains, plus conséquents dans leur théorie, attribuent, il est vrai, les fièvres d'accès à une lésion matérielle, mais ils placent cette lésion provocatrice de toute espèce de fièvre intermittente, les uns dans tout le système nerveux, les autres seulement dans les ganglions, quelques uns exclusivement dans la moelle épinière, d'autres enfin lui assignent pour siége le cerveau à la fois et le rachis. Ces derniers, particulièrement MM. Guérin de Mamers et Rayer, rapprochant comme Hoffmann et le professeur Alibert les fièvres intermittentes des névroses, regardent ces fièvres comme des affections nerveuses tout-à-fait analogues à l'épilepsie, à l'hystérie, au tétanos, etc., maladies

dont on ne connaît positivement ni le siége, ni la nature , et sur lesquelles l'anatomie pathologique ne nous a encore rien ou presque rien appris de satisfaisant. Or, placer vaguement les fièvres d'accès au rang des névroses, n'est-ce pas avouer qu'on reste dans le vague et l'ignorance à leur égard? Le domaine des affections dites *nerveuses* s'est long-temps composé de toutes les maladies dont on ignorait la nature et le siége : plus sévères dans notre langage, dit M. Dufau (1), nous ne devons désormais imposer ce nom qu'aux affections du système nerveux, c'est-à-dire qui ont leur siége dans l'encéphale, le prolongement rachidien, les nerfs, les organes des sens. S'il est vrai que toutes ces parties, ou seulement quelques unes d'entre elles, soient le siége des fièvres intermittentes, les symptômes de ces fièvres devront toujours exprimer une lésion quelconque des fonctions du système nerveux ou de quelque portion de ce système. On sait que ces fonctions sont relatives aux sensations, aux mouvements volontaires; elles devront donc présenter des désordres plus ou moins graves dans toutes les fièvres dont nous parlons. Or, le contraire a lieu dans le plus grand nombre des cas : l'entendement conserve le plus souvent son intégrité; il en est de même des sensations. Quant au tremblement ou au frisson, il manque souvent dans les fièvres périodiques, et il signale le début d'un grand nombre de pyrexies continues.

Si l'ouverture des cadavres n'a jamais fait voir des lésions dans le cerveau et la moelle épinière chez les individus qui ont succombé à la fièvre intermittente, *il faut*, dit M. Rayer, *en accuser les observateurs qui ont négligé d'ouvrir le crâne et le rachis* (2). Mais nous verrons bientôt que ces observateurs sont accusés fort injustement de négligence, et que, s'ils n'ont pas trouvé des lésions qui conviennent aux partisans de la nervosité, ils en ont reconnu dans beaucoup d'autres viscères, particulièrement dans les organes digestifs, lésions dont la nature inflammatoire et subinflammatoire n'est point douteuse. Cependant les praticiens dont il s'agit n'étaient pas plus intéressés à observer ces viscères que le cerveau et le rachis, et ils ne pouvaient avoir aucune prédilection pour les lésions qu'ils ont signalées, puisque la plupart ne connaissaient point encore la doctrine physiologique,

(1) *Journal général de médecine*, t. XCV.
(2) Article INTERMITTENT du *Dictionnaire de médecine* en 25 vol.

et plusieurs autres ne l'avaient point adoptée à l'époque où ils ont fait les recherches cadavériques dont il s'agit.

Voyons d'ailleurs quels sont les principaux arguments qu'invoquent en leur faveur les médecins qui convertissent toutes les fièvres intermittentes en maladies nerveuses : 1° les fièvres intermittentes sont *propres à l'espèce humaine* comme la plupart des affections nerveuses ; 2° comme celles-ci, elles ont une invasion subite, une marche périodique ; 3° l'analogie des phénomènes de la peur comparés à ceux de la fièvre intermittente, l'influence de l'imagination sur sa production et sa terminaison, puisqu'il suffit d'une émotion morale vive pour rappeler un accès fébrile ou le dissiper (1) ; 4° les individus d'un tempérament nerveux ou devenu tel par suite des affections morales, des travaux de l'étude ou de l'abus des plaisirs, sont plus sujets aux fièvres intermittentes (2) ; 5° les mêmes remèdes conviennent pour guérir ces fièvres et les affections nerveuses, puisque le quinquina, qui est le spécifique des premières, est souvent le moyen le plus efficace contre les secondes, et puisque d'ailleurs l'opium et beaucoup de stimulants diffusibles sont propres à combattre des accès fébriles comme des accès épileptiques.

Le premier de ces arguments est d'abord tout-à-fait nul ; car, combien n'y a-t-il pas d'autres maladies de nature inflammatoire, comme la variole, la rougeole, etc., *qui sont propres à l'espèce humaine!* D'ailleurs il est bien reconnu aujourd'hui que les animaux ne sont pas exempts de la fièvre intermittente, comme nous le verrons bientôt. Pour combattre le second argument, ne suffit-il pas d'établir qu'il y a également bon nombre de phlegmasies dont l'invasion est subite et la marche périodique, comme le prouvent les faits nombreux consignés dans le premier volume de cet ouvrage ? Et puis, n'est-il pas certain aussi qu'il y a beaucoup de maladies nerveuses qui présentent le type continu ?

Le troisième argument, auquel on paraît attacher beaucoup d'importance, n'est d'aucune valeur si l'on fait attention qu'on ne tient compte que du stade de froid en assimilant les phénomènes de la fièvre intermittente à ceux de la peur. En effet, c'est dans ce stade qu'on observe le tremblement, les pandiculations, le froid, les lassitudes, la céphalalgie, etc., qui semblent indi-

(1) Rayer, *ibid.* Bailly, *Traité anatomico-path. des fièvr. intermitt.*
(2) Guérin de Mamers, *Journal des Progrès des sciences méd.*, t. II, 1830.

quer une affection de l'encéphale et de la moelle épinière ; mais n'est-il pas certain que tous ces phénomènes signalent fréquemment le début d'une pharyngite, d'une pneumonite, d'une hépatite, d'une gastro-entérite, maladies dans lesquelles le système cérébro-spinal n'est irrité que sympathiquement et secondairement : or, pourquoi n'en serait-il pas de même dans le premier cas ? d'autant plus que les deux autres stades de l'accès fébrile, la chaleur et les sueurs, tendent manifestement à éloigner toute comparaison avec les affections nerveuses, étant pour ainsi dire caractéristiques de la terminaison de la plupart des inflammations, surtout quand elles se terminent par délitescence ; d'ailleurs, cette influence de l'imagination à laquelle on veut ici faire jouer un si grand rôle, n'est-elle pas commune à toutes les maladies en général ? n'est-elle pas toujours relative au tempérament ou à l'idiosyncrasie, à l'âge, au sexe des individus ; et pourrait-on de bonne foi accuser encore cette influence chez les enfants à la mamelle et chez les animaux qui contractent la fièvre intermittente ? Pour se convaincre de la fausseté du quatrième argument, il suffit d'observer la fièvre intermittente dans un pays où elle est endémique : là, en effet, on la verra se développer très souvent chez des individus mous, apathiques, et dont la manière d'être, de vivre, de sentir, est tout-à-fait en opposition avec ce qu'on appelle une constitution nerveuse innée ou acquise.

Quant au dernier argument, il est encore évidemment nul, parce que jamais le quinquina, remède par excellence des fièvres d'accès, n'a été employé avec succès contre les maladies nerveuses telles que l'hystérie, l'épilepsie, le tétanos, la catalepsie, etc., dont le traitement fait encore aujourd'hui le désespoir des meilleurs praticiens. Si le quinquina guérit quelquefois ces affections, c'est lorsqu'elles présentent le type intermittent ; et, dans ce cas, n'ont-elles pas cela de commun avec toutes les phlegmasies périodiques, avec toutes les hémorrhagies, toutes les subinflammations intermittentes ? N'est-ce pas ce qui résulte de l'histoire de ces diverses maladies que nous avons observées sous tant de formes et sous tant de types périodiques différents ?

En détruisant tous ces arguments divers des partisans exclusifs de la *nervosité*, nous ne voulons point contester qu'il n'y ait quelques fièvres intermittentes *nerveuses*, c'est-à-dire occasionnées par la lésion primitive du cerveau, de la moelle rachi-

dienne, des faisceaux ganglionnaires les plus importants; tout cela est possible; mais transformer toutes les fièvres intermittentes en maladies nerveuses, c'est évidemment convertir les exceptions en généralité. Il en est de même, avec une latitude mieux fondée, de l'opinion exclusive des médecins, tels que Stoll, Médicus et Prost, qui placent le siége de toutes les maladies périodiques exclusivement dans les organes digestifs et biliaires. On fait à tort un pareil reproche à M. Broussais ; car, en reconnaissant dans toute fièvre intermittente des symptômes gastriques, cet illustre professeur confirme simplement un fait constaté par l'expérience et l'observation de tous les temps qui prouvent que l'estomac souffre soit primitivement, soit secondairement dans presque toutes les fièvres dont il s'agit. Le fondateur de la doctrine physiologique plane dans les sommités de la science pour en saisir ou embrasser tous les éléments, pour les coordonner entre eux ; l'attaquer sans cesse comme on le fait sur des détails de moindre importance dont il n'a pu s'occuper encore, ou sur des conséquences poussées trop loin par quelques uns de ses élèves, c'est lui chercher des disputes de mots, c'est lui faire une guerre de mauvaise foi, qui ne le décideront point à se constituer en lutte avec tant de petites rivalités jalouses.

L'analogie ou l'identité des fièvres continues et des fièvres intermittentes, contre laquelle on s'élève si fortement aujourd'hui, est établie sur l'enchaînement même des faits, qui ne se prête point aux divisions qu'on voudrait forcément opérer; enchaînement qui prouve si bien la liaison qui existe entre les fièvres intermittentes et les rémittentes, entre celles-ci et les fièvres continues, que, parmi les praticiens les plus recommandables, anciens et modernes, les uns ont placé les fièvres rémittentes au rang des intermittentes, les autres au rang des continues. Quelle preuve plus forte et plus évidente peut-on offrir du lien qui unit et confond entre elles toutes ces fièvres? Les rémittentes ne sont-elles pas comme la chaîne ou le lien de transition que la nature a voulu établir entre les fièvres intermittentes et les fièvres continues? D'ailleurs, qui pourrait douter que presque toutes les fièvres continues ne soient sujettes à des exacerbations plus ou moins sensibles? Or, vouloir que les fièvres rémittentes changent de nature par l'unique circonstance de la *régularité* dans leurs exacerbations, n'est-ce pas méconnaître l'uniformité, la simplicité des lois qui président à toutes nos fonctions organiques dans l'état de

santé comme dans l'état de maladie? Faire de la fièvre rémittente *deux êtres particuliers*, n'est-ce pas multiplier les êtres en pure perte, et jeter de l'obscurité là où se trouve un trait de lumière pour arriver à la connaissance des fièvres intermittentes? Le type rémittent, en effet, tend à unir ce qu'on voudrait séparer; il fait voir l'espèce d'enchaînement qu'il y a entre des nuances de maladies qui, semblables pour le fond, ne varient que pour la forme. Cela est si vrai, que de bons observateurs, tels que Senac, Muller, Sauvages, Selle, etc., n'ont point hésité à placer au rang des fièvres continues, non seulement les rémittentes, mais encore les fièvres doubles, tierces et quotidiennes, toutes les fois que leurs accès se rapprochent tellement qu'il n'y a plus entre eux d'intermission sensible: *Continuæ enim sunt ejus modi febres*, dit Senac, *quando quidem in iis nulla sit intermissio* (1). « Comme jusqu'ici, dit Sauvages, on n'a rien pu conclure de la différence du type des rémittentes relativement à la nature de la fièvre, nous avons cru pouvoir les négliger, parce qu'il n'y a de phénomènes caractéristiques que ceux qui nous font connaître la nature de la maladie. »

La plupart des observateurs pensent que les fièvres quotidiennes, dont les accès se touchent ou se joignent, sont des intermittentes *fausses* et analogues aux fièvres *exacerbantes* observées dans la phthisie et dans la plupart des affections chroniques des viscères. Selon J.-P. Frank, il n'y a de bon aloi dans les accès des fièvres quotidiennes que ceux qui se déclarent le matin; ceux qui arrivent dans l'après-midi, surtout vers le soir, sont *suspects*, et appartiennent volontiers à une autre tribu de fièvres que les intermittentes légitimes (2). D'après M. Chomel, la fièvre quotidienne *double* est rarement *idiopathique* (ou essentielle et intermittente); presque toujours *elle est liée à l'altération profonde, à la suppuration* ou à la *dégénérescence d'un organe important* (3). Enfin, l'on peut d'autant moins isoler la fièvre rémittente, pour en faire un être à part, qu'elle ne constitue point une forme identique et toujours la même. Il s'en faut bien qu'elle soit la seule nuance intermédiaire entre la continue et l'intermittente; il y a mille nuances de rémission qu'il serait impossible de saisir: quelquefois un accès ou un redoublement fébrile est à peine sur son

(1) *De reconditâ feb. intermitt. naturâ.*
(2) *De curand. hominum morbis epitome*, etc.
(3) *Traité des fièvres.*

déclin qu'un autre arrive déjà ; celui-ci peut même anticiper sur la terminaison du précédent au point qu'il y a véritablement continuité, comme dans les fièvres *subintrante*, *subcontinue*, *hémitritée*, *amphimérie* des auteurs. Or, quel moyen avons nous en pareils cas pour assigner des limites entre la fièvre intermittente et la rémittente, puis entre celle-ci et la fièvre continue ? Qui peut dire où s'arrête la première, où commencent et finissent la seconde et la troisième? Des faits non contestés prouvent d'ailleurs, comme nous l'avons vu, qu'une fièvre continue peut passer par degrés ou tout-à-coup au type rémittent et intermittent ; de même une fièvre périodique quelconque peut se transformer peu à peu ou rapidement en fièvre continue. M. Chomel pense que la première transformation a lieu le plus souvent en automne et quand la température se refroidit tout-à-coup, la seconde au printemps, quand la chaleur atmosphérique s'élève rapidement. L'usage opportun des moyens antiphlogistiques fait aussi quelquefois passer la fièvre continue au type intermittent, tout comme l'emploi intempestif des cordiaux peut transformer les fièvres intermittentes en continues (1). Ce qu'il y a de bien certain, c'est que cette transformation a lieu toutes les fois qu'une fièvre intermittente ordinaire augmente d'intensité et de gravité au point de menacer les jours du malade. Or, le changement de l'intermittente en continue à mesure que la maladie s'aggrave et touche à sa fatale terminaison, n'est-elle pas une preuve, comme le dit très bien M. Itard, que le type de la fièvre sert bien moins à établir son caractère et sa nature, qu'à marquer le degré d'intensité de la phlegmasie qui la provoque (2).

Comme il est bien reconnu, bien avéré, qu'une fièvre intermittente peut devenir continue, *et vice versâ;* pour combattre cette preuve d'analogie et d'identité de nature entre les fièvres dont il s'agit, nos adversaires soutiennent que la fièvre continue qui succède à une intermittente, *appartient à l'une et à l'autre*, et que la continuité d'une fièvre qui était d'abord intermittente, *n'est qu'une continuité apparente* (3) ! D'autres veulent que dans beaucoup de fièvres d'*apparence continue* il y ait tendance *au type intermittent, qui n'est que masqué* (4). Pour nous, qui ne pou-

(1) *Traité des fièvres.*

(2) *Mémoires de l'Académie royale de médecine*, t. I, 1829.

(3) Bailly, *Traité anatomico pathologique des fièvres intermittentes.*

(4) Nepple, *Essai sur les fièvres rémittentes et intermittentes.*

vons comprendre des distinctions si subtiles, nous croyons qu'une fièvre continue n'a jamais de feintes apparences, qu'elle ne change pas de nature en succédant à une fièvre intermittente, et qu'elle est alors aussi véritablement continue que si elle avait précédé celle-ci.

Pour trouver quelque chose de merveilleux et de spécifique dans le développement des fièvres intermittentes, et prouver qu'elles diffèrent essentiellement des fièvres continues, on objecte 1° que dans les premières il n'y a point de rapport entre la lésion locale supposée et les symptômes fébriles intermittents ; 2° que l'intermittence seule de ces symptômes indique une action particulière que les causes ordinaires ne sauraient produire.

A la première objection, c'est-à-dire à ceux qui veulent que la fièvre intermittente ne dépende point d'une lésion locale, parce que cette lésion n'est pas en rapport avec la violence et l'appareil des symptômes de l'accès, nous répondrons qu'il n'est donné à personne de limiter les effets généraux et sympathiques qui peuvent être à la suite d'une lésion locale, quelque bornée qu'elle soit, quelque légère qu'elle paraisse · tout médecin ne sait-il pas quels désordres fonctionnels, quels phénomènes nerveux, résultent parfois d'une simple plaie par piqûre ou déchirure, d'un panaris, d'un mal de dent, etc., suivant l'irritabilité de la personne qui en est attaquée ? Ne sait-il pas qu'un simple refroidissement de la peau, surtout dans certains pays, peut occasionner le tétanos chez les nouveaux-nés ? La chaleur du climat ou de la saison, l'âge, le tempérament, un état de convalescence, un système digestif affaibli par une diète trop prolongée, ou irrité par des intempéries, par de mauvais aliments; une susceptibilité physique et morale exaltée par des affections morales ou des travaux intellectuels prolongés ; et combien d'autres circonstances encore ne peuvent-elles pas faire varier à l'infini les effets d'une irritation locale quelconque ! Ne sait-on pas que telle nuance de gastro-entérite continue qui, chez un Russe ou un Allemand, développe à peine des symptômes gastriques et fébriles, produira chez un Italien, un Espagnol, des symptômes gastriques, bilieux, délirants, ataxiques, les plus effrayants ? D'ailleurs il y a des lésions locales très graves, très profondes, qui ne développent que peu ou point de symptômes nerveux ou de phénomènes sympathiques ; s'ensuit-il de là qu'on puisse admettre des symptômes *intermittents essentiels*, ou qui ne dépendent point d'une lésion locale ? Ne serait-ce point admettre une maladie indépendante des

organes dans un corps qui est tout organe ? Il peut arriver aussi que les phénomènes généraux ne soient plus en rapport avec la lésion locale primitive, parce que d'autres organes, secondairement affectés, deviennent à leur tour le siége d'une lésion plus considérable que la première ; cela prouve seulement une complication de maladies et l'existence simultanée de plusieurs lésions qui concourent ensemble à la souffrance et à la destruction des malades.

L'objection relative aux causes ne prouve rien si ce n'est que le phénomène de l'intermittence en impose encore à des médecins de nos jours, comme il en imposa jadis à Mercatus, à Morton, à Strack, à Torti, à Lautter, etc. Elle est d'ailleurs en opposition directe avec les faits. Un grand nombre d'observations établissent que les mêmes causes qui déterminent ordinairement des fièvres continues peuvent développer des fièvres intermittentes, *et vice versâ*, c'est-à-dire que dans les lieux où les intermittentes sont endémiques on observe aussi des fièvres continues. Dire le pourquoi, ce serait parfois très difficile ; mais, quand même on ne pourrait pas expliquer les faits dont il s'agit, ils n'en existent pas moins pour établir cette vérité, mieux que ne pourrait le faire le plus beau raisonnement et la logique la plus spécieuse. En effet, qu'on soumette à certaines causes un grand nombre d'individus, les uns contracteront une maladie continue, les autres une affection intermittente, quelques autres n'éprouveront rien ou résisteront à l'action des causes; c'est ce qu'a très bien reconnu Trnka : *Ratio, cur eadem data res non naturalis, in uno homine febrim intermittentem, acutam continentem in alio, in tertio vero neutram harum, sed diarrhœam; in quarto autem nullum omninò morbum procreat; vel cur eadem res, eodem in homine diversos diversis temporibus morbos, alios nullum etiam efficiat, neque quolibet in homine, vel quovis dato tempore, eamdem agendi vim habeat; in ipsâ illâ re, sufficiens esse nequit; sed porrò etiam requiritur aliud in quo ulterior varietatis hujus ratio reperitur; quod utique nil aliud, quam determinatam corporis ad certi generis morbos contrahendos aptitudinem esse oportet* (1).

Plusieurs praticiens distingués, entre autres Sydenham, Grant, Huxham, ont vu survenir, en même temps et sous l'influence des

(1) *Historia febrium intermittentium*, Vienne, 1794.

mêmes causes et de la même constitution atmosphérique, beaucoup de fièvres intermittentes, beaucoup de péripneumonies, de catarrhes, de dysenteries, etc. Pendant que M. Bailly observait à Rome des fièvres intermittentes simples et pernicieuses, il y avait en même temps beaucoup d'affections inflammatoires de la tête et des organes digestifs. La même constitution inflammatoire, dit-il, régnait également dans toute l'Italie ; partout les mêmes maladies attaquaient les mêmes organes, avec la différence qu'elles étaient continues là où il n'y avait pas d'eaux marécageuses.

M. Cassan, ancien médecin en chef des hôpitaux militaires de Sainte-Lucie, rapporte que vingt-huit soldats de la garnison du morne Fortuné ayant entrepris de défricher pour deux colons des terrains dans un endroit très humide et marécageux, tous ces soldats furent portés à l'hôpital en moins d'une semaine. Trois moururent du choléra-morbus ; cinq d'une dysenterie très violente ; quatre d'une fièvre adynamique dans laquelle leur corps, devenu jaune, exhalait une odeur très infecte. Les autres enfin (seize) furent attaqués de fièvres intermittentes pernicieuses, plus ou moins graves, et se rétablirent avec beaucoup de peine.

Vandermonde a vu un homme de trente ans, d'un tempérament bilieux, d'une forte constitution, et bien portant d'ailleurs, qui, ayant mangé à jeun beaucoup de melon, fut pris de dégoût, de nausées, et bientôt après d'une fièvre intermittente tierce dont les accès revinrent plusieurs fois. On rapporte que huit femmes, se trouvant détenues dans une prison, et renfermées toutes ensemble dans un lieu étroit dont l'air sombre n'était point renouvelé, éprouvèrent, savoir : deux, une fièvre intermittente simple dont elles guérirent ; deux, une fièvre putride maligne continue qui menaça leurs jours ; deux autres, une fièvre putride intermittente qui les fit périr ; les deux dernières enfin conservèrent une parfaite santé (1). Le docteur Vallette a vu deux sœurs, habitantes de la campagne, orphelines, se livrant à toutes sortes de travaux pénibles, et qui voulurent laver la lessive un jour d'hiver pendant qu'elles avaient leurs règles. Celles-ci s'arrêtèrent dans le courant de la journée, et cette suppression détermina chez l'une une fièvre ataxique rémittente, chez l'autre un embarras gastrique. Hallé rapporte qu'une personne faisant des expériences de chimie et laissant dégager de l'hydrogène impur, fut prise de

(1) *Journal de médecine* de Corvisart, de Leroux, etc., t. x.

fièvre intermittente. Bouffey cite l'exemple d'un enfant âgé de dix ans qui fut pris de fièvre intermittente par suite d'une chute qu'il fit dans l'eau froide, et par l'imprudence qu'on eut de faire sécher ses habillements sur lui-même pour ne pas prévenir ses parents de cette chute (1).

Quand on voit cette fièvre produite spontanément par des substances alimentaires indigestes, par une habitation froide et humide, par la suppression des menstrues, par le dégagement et la respiration d'un gaz particulier, par un refroidissement accidentel, etc., il faut bien convenir qu'il n'y a rien de spécifique et de mystérieux dans le développement de la fièvre intermittente; il faut bien concevoir que des causes irritantes quelconques puissent la produire suivant la disposition des individus, et alors même qu'ils n'ont point été soumis périodiquement à leur influence. Cela est surtout incontestable et très fréquent à l'égard des personnes qui ont déjà eu plusieurs fois la fièvre intermittente; chez elles, il suffit de la moindre secousse physique et morale pour la rappeler.

On sait bien qu'en général les fièvres intermittentes sont occasionnées par des causes particulières, ou du moins qu'elles se développent plus particulièrement à certains temps et dans certains lieux où elles sont endémiques, comme dans la proximité des marais, des étangs, des eaux stagnantes quelconques, surtout aux époques de l'année où la chaleur favorise le dégagement des miasmes délétères; mais on sait bien aussi que, même dans ces circonstances, plusieurs individus ne contractent point de fièvres intermittentes, et sont attaqués au contraire de fièvres continues. Peut-on dire que ce soient des *continues apparentes* et qui *cachent le type intermittent*, parce qu'elles se sont développées en même temps que beaucoup de fièvres intermittentes ? On ne le pense pas. La fièvre d'accès est soumise à la loi générale qui préside au développement de toutes les maladies; elle dépend, comme celles-ci, de causes qui lui sont propres, causes qui, plus concentrées dans certains lieux, y rendent cette fièvre endémique; c'est une observation que l'on a faite également pour le goître, les dartres, le scorbut, les coliques, la dysenterie, etc.

A la similitude des causes des fièvres intermittentes et des fièvres continues, on peut ajouter celle des symptômes : un accès

(1) *Essai sur les fièvres intermittentes et sur l'action des fébrifuges.*

de fièvre intermittente ordinaire ressemble si bien au début d'une fièvre aiguë continue quelconque, qu'il est difficile, même pour le praticien le plus exercé, de décider si un malade qu'il voit pour la première fois et qui vient d'être pris de fièvre, est atteint d'une intermittente bénigne ou d'une fièvre bilieuse continue, par exemple; parce que les symptômes de l'une et de l'autre se ressemblent parfaitement, et d'autant mieux qu'on les observe à leur début ou à des époques plus ou moins rapprochées de leur invasion. Pour s'en convaincre il suffit d'ouvrir une pyrétologie quelconque; mais, pour mieux fixer nos idées, rappelons quelques traits de l'épidémie de fièvre bilieuse de Lausanne si fidèlement retracée par Tissot. On voit ici combien il est difficile de caractériser le type de la fièvre à son début, puisque même après plusieurs jours on conserve encore des doutes à cet égard, puisqu'elle présente tour à tour et successivement, suivant la disposition des malades, tantôt le type rémittent, tantôt le type continu, tantôt le type intermittent. Les causes de cette épidémie sont au rang de celles qui produisent la fièvre intermittente. Ce sont des variations considérables et brusques de température, des gelées au mois de mai qui ont été précédées d'un temps pluvieux et chaud, l'usage de fruits et de légumes gâtés par la gelée, etc. Les symptômes au premier degré sont la céphalalgie, un sentiment de pesanteur, de lassitude et de faiblesse générale; puis un dégoût très marqué pour les aliments, une langue pâteuse, etc.; à des frissons dont la durée et l'intensité sont très variables, succède une chaleur mordicante et incommode; cette chaleur tantôt est suivie de moiteur et de légères sueurs, tantôt se prolonge indéfiniment sans que l'action des sécréteurs ou exhalants cutanés soit sensiblement augmentée. Les paroxysmes sont rarement suivis de cet état de calme et de repos qui caractérise l'apyrexie d'une fièvre intermittente ordinaire. Mais n'avons-nous pas vu combien il y avait de variations à cet égard, surtout pour les fièvres quotidiennes et doubles tierces dont l'apyrexie est rarement complète entre les accès pour peu qu'ils se prolongent? Dans l'épidémie de Lausanne, la fièvre éprouvait des paroxysmes quotidiens si réguliers que, de l'aveu de Tissot, ils en auraient facilement imposé pour une intermittente quotidienne. Cela est si vrai que M. Lugol dit en parlant de cette épidémie : « Ne pourrait-on pas la regarder comme une fièvre bilieuse intermittente? Ce que Tissot nomme des paroxysmes n'é-

tait-il pas de véritables accès? Cet auteur dit même qu'après les paroxysmes il y avait apyrexie complète, et que cette circonstance était celle qui établissait la différence essentielle entre le premier et le second degré de l'épidémie, parce que ce dernier n'offrait jamais que des rémissions (1). » Or, n'est-il pas évident que, abstraction faite du type, ces deux degrés de l'épidémie de Lausanne constituent l'un et l'autre une affection de même nature? N'est-ce pas toujours la même fièvre dont les symptômes diffèrent seulement par une intensité plus ou moins grande? intensité qui seule, d'après la description que fait Tissot des différents degrés de l'épidémie dont il s'agit, paraît être la cause de la conversion du type intermittent en rémittent, et du passage de celui-ci au type continu à mesure que la maladie fait des progrès vers une fatale terminaison.

On sera peu surpris de la difficulté qu'on éprouve à distinguer la fièvre continue bilieuse de la fièvre intermittente ordinaire, si l'on fait attention que chaque accès de celle-ci ne tient aussi le plus souvent qu'à une irritation congestive et périodique de la muqueuse digestive. Cette irritation devient-elle plus intense, les accès se joignent et ne constituent plus que des redoublements fébriles, lesquels s'effacent encore peu à peu à mesure que l'intensité de la lésion locale fait des progrès. C'est évidemment ce qui avait lieu dans l'épidémie de Lausanne, et bien souvent aussi dans l'épidémie de fièvres gastriques du comté de Tecklembourg, comme on peut en juger par l'histoire remarquable qu'en a tracée Finke (2).

En effet, étant donné un groupe de symptômes à peu près semblable à celui qui constitue un accès de fièvre intermittente chez une personne bien portante auparavant et qui vient de faire un excès de table par exemple, peut-on savoir si ce groupe de symptômes reviendra le lendemain, le troisième ou le quatrième jour? Peut-on reconnaître s'il ne constitue qu'une fièvre gastrique continue, ou s'il appartient à une fièvre quotidienne, tierce ou quarte? C'est tout-à-fait impossible, malgré les subtiles distinctions faites à cet égard par Galien et quelques auteurs après lui, tels que Baumes, Grimaud, etc. On ne peut nier qu'il soit très possible que cet accès ne revienne plus par l'éloignement de sa

(1) *Remarq. et observ. sur les fièvres bilieuses.*
(2) *De morbis biliosis anomalis*, 1780.

cause ou son défaut d'action ultérieure. Or, si cela arrive, comme il y en a plusieurs exemples, que fera-t-on de ce groupe de symptômes fébriles qui n'a duré que douze, quinze ou dix-huit heures? On en fera une fièvre bilieuse éphémère *essentielle* suivant les uns, symptomatique de l'embarras gastrique suivant les autres. Mais si ce groupe de symptômes revient à la même heure, après un ou deux jours, sous l'influence de la même cause, ou par la tendance qu'ont nos tissus à répéter le même mode d'irritation organique, que sera-ce alors, et quel nom donnera-t-on à cette fièvre? Ce sera le second accès d'une véritable fièvre intermittente, et ce qu'on avait pris d'abord pour une fièvre éphémère constituera le premier accès d'une fièvre tierce ou quarte. Mais si le groupe de symptômes dont il s'agit ne revient (ce qui est assez rare) que le cinquième, le sixième, le septième, le huitième, le neuvième, le dixième ou quinzième jour, par exemple? On en fera des fièvres intermittentes quintane et sextane avec Hippocrate, Avicenne, Tulpius, J.-P. Frank et M. Fizeau; une fièvre intermittente hebdomadaire ou heptane, avec Ettmuller, Schenckius; *septénaire* avec Garliep, etc.; une fièvre *octane* avec Amatus-Lusitanus, Salius et Lanzoni; des fièvres *décimane*, *nonane*, avec Zacutus-Lusitanus et Werlhof; enfin des fièvres intermittentes *erratiques* avec Ettmuller et Rivière, et *anomales* d'après MM. Bailly, Bonnet, Maillot, etc. Mais si ce groupe de symptômes revient périodiquement chaque seizième, chaque vingtième, chaque trentième jour, en fera-t-on encore une fièvre intermittente? ou bien ne sera-ce plus qu'une fièvre éphémère essentielle? Ici les sentiments des auteurs sont partagés; mais le plus grand nombre, entre autres Fizes, Sauvages, Voulonne, etc., ne veulent plus que ce soit une fièvre intermittente. *L'intermittence fébrile*, selon eux, *ne peut passer le quatorzième ou le quinzième jour!* Selon Sydenham et Strack, la matière morbifique qui détermine la fièvre intermittente ne dure jamais plus de sept à huit jours; et une fièvre, selon eux, n'est point intermittente, si elle n'offre au moins deux accès en quinze jours. Mais si l'accès fébrile revient régulièrement et à la même heure, tous les seize jours; s'il ne dure que six, huit, douze heures; s'il est caractérisé par le frisson, la chaleur, les sueurs, en un mot, par les principaux symptômes auxquels on reconnaît une fièvre intermittente, n'appartiendra-t-il pas à cette dernière? Non! il ne constituera, suivant la plupart des auteurs anciens et

quelques modernes, qu'une *fièvre continue périodique!* Voici pourquoi : « C'est que, dans le premier cas (lorsque les accès reviennent plus souvent que tous les quinze ou seize jours), *le principe de la maladie* ne persiste point; il *meurt* chaque fois avec la fièvre qu'il a produite ; ce n'est alors qu'une fièvre éphémère périodique (1). »

Senac partage cette opinion ; mais il fait durer plus long-temps le principe morbifique ; il peut, selon lui, rester caché pendant un mois et même plus long-temps : *Latet febrilis fomes, innoxius veluti ignis cineri suppositus ; sed si quod incidat erratum in victu, si frigore aut aere humido attingatur corpus, tunc quæ siluit, verbi gratiâ, per mensem unum aut diutiùs, febris resurget, et sævit veluti ip o initio* (2).

Th. Willis partage l'opinion de Senac, et attribue l'intermittence des fièvres au développement périodique d'une *matière fermentescible* dans le sang. Fizes, professeur de Montpellier, dit aussi que le *principe morbifique*, qui avait été presque épuisé durant le premier accès, s'accumule de nouveau pendant l'apyrexie ; il acquiert de nouvelles forces, et lorsqu'elles sont suffisantes, ce principe *fait irruption de nouveau dans l'économie ;* il est porté par la voie du chyle dans le sang, qui en devient le véhicule et le porte partout; de là les phénomènes d'un second accès. Mais tout le principe ou toute la matière morbifique qui avait été élaborée pendant l'apyrexie n'est pas dissipée durant l'accès, ni chassée entièrement par les sueurs et les urines; *il y a un germe qui reste caché dans les premières voies où il sommeille quelque temps ;* puis il s'accumule et devient assez puissant pour déterminer un troisième, un quatrième accès, ainsi de suite tant que dure la fièvre intermittente (3).

On voit dans quelles hypothèses, dans quelles merveilleuses suppositions se sont jetés, pour expliquer le phénomène de l'intermittence fébrile, des auteurs d'ailleurs recommandables ! Qu'est-ce qui prouve, d'une part, que le principe morbifique peut subsister jusqu'au huitième, douzième, quatorzième, quinzième, et même jusqu'au trentième jour? Sur quoi se fonde-t-on pour établir, d'autre part, qu'il ne peut dépasser ces limites, ni survivre aux différents termes qu'on s'est plu à lui assigner ? Et, avant

(1) Voulonne, *Mémoire sur les fièvres intermittentes.*
(2) *De reconditâ febrium intermitt. naturâ.*
(3) *Traité des fièvres continues et intermittentes.*

tout, qu'est-ce qui prouve l'existence de ce principe? Rien, absolument rien. Tout ce qu'on aperçoit de vrai et de réel à travers ces rêveries ou ces hypothèses, c'est le besoin qu'on a toujours eu et que nous avons sans cesse, d'avoir quelque chose pour fixer nos idées, pour les lier ensemble et les rattacher à un chef quelconque, à un point qui serve de base. Comment construire le moindre édifice, si l'on n'a rien sur quoi l'on puisse poser les premiers fondements? Il en est de même pour la théorie des maladies en général; du moment qu'on n'a pas des organes pour les placer, leur théorie devient le jouet de notre imagination; alors on se jette dans le vague des hypothèses, dans les subtilités ou les abstractions de la métaphysique; c'est alors qu'au lieu de voir la souffrance d'un ou de plusieurs organes dans les phénomènes morbides qu'on observe, on est porté à chercher des *principes de maladie*, presque toujours merveilleux ou immatériels, auxquels on fait jouer le rôle des organes malades, et qu'il est plus facile de conduire à son gré, de faire promener de la tête aux pieds pour se rendre compte, autrement que par des lésions locales et par le jeu des sympathies, des symptômes si variés et si nombreux que développe toute affection aiguë un peu grave. Qu'on nous pardonne ici une comparaison, sans doute triviale, mais qui exprime notre pensée: une montre nous indique les heures; il importe peu de connaître quelle est la cause de son mouvement, quel est le mobile de l'aiguille qui en parcourt les heures, tant que cette montre est bien réglée. Nous observons la marche de cette aiguille, et cela nous suffit pour régler notre temps. Mais si cet instrument se dérange, si les mouvements deviennent irréguliers ou se suspendent, et si l'horloger auquel nous avons recours ne sait point connaître quelle est la cause de ce dérangement ou de cette immobilité, s'il ne découvre pas que le ressort, par exemple, en est dérangé ou brisé, la montre devient un meuble inutile. Découvre-t-il au contraire la partie qui en trouble ou en suspend la marche, parvient-il à changer ou à modifier convenablement cette partie, le mouvement est rétabli, et la montre sert comme auparavant.

Le médecin observe des mouvements désordonnés, des phénomènes morbides chez un individu. S'il n'examine l'état de son malade que pour le plaisir d'exercer son observation (1), ou si

(1) « Le vrai médecin, dit M. Broussais, est celui qui guérit; l'observation

toute sa tâche doit se borner à décrire, à grouper les phénomènes morbides qu'il observe ; enfin, si, comme le dit Reil, *il faut savoir se contenter de la connaissance historique des fièvres, les étudier simplement d'après leurs signes, leurs accidents, les causes physiques qui les engendrent, et que tout le reste soit inutile ou inconnu* (1) ! sans doute, le médecin n'a pas besoin de se rendre compte de ce qui se passe chez son malade ; il n'a pas besoin de rechercher s'il n'y a point quelque ressort, ou mieux, quelque organe dont la lésion occasionne les phénomènes dont il est témoin ; mais s'il veut le guérir, s'il veut faire pour le malade ce qu'a fait l'horloger pour la montre, il faut qu'il sache ce qui produit ces phénomènes morbides ; il faut qu'il découvre le mobile de ces mouvements désordonnés et insolites qu'il observe ; il faut, en un mot, qu'il remonte à leur cause occasionnelle ; s'il l'ignore, il est porté à l'imaginer, comme l'ont fait les anciens, et à créer des *principes morbifique, bilieux, nerveux, putride, atrabilaire*, etc., d'où ils faisaient ensuite provenir tous les phénomènes morbides qu'ils observaient, et contre lesquels ils dirigeaient leurs remèdes ! Ces principes une fois admis, sans doute les auteurs dont il s'agit étaient très conséquents dans toute leur théorie ; mais une théorie fondée sur une hypothèse s'écroule d'elle-même du moment qu'on rejette la supposition qui en fait la base ; et si nous nous arrêtons à de semblables théories, c'est parce qu'elles semblent trouver encore des approbateurs tout disposés à les rajeunir et à leur faire jouer un nouveau rôle ; c'est parce que le phénomène de l'intermittence en impose encore aujourd'hui au point de faire concevoir ou imaginer quelque chose de caché ou de mystérieux dans la production de la fièvre intermittente : des auteurs modernes veulent qu'il y ait là *un je ne sais quoi, une* AURA *qui se répand sur le système des cordons nerveux pour produire l'accès fébrile* de la même manière, dit-on, qu'un fluide ou un agent particulier se porte au cerveau et sur la moelle épinière pour produire le réveil ; l'accès, ajoute-t-on, commence en un instant comme ce réveil, par l'action de ce je ne sais quoi qui agit en un instant sur nous : une fois la première

qui n'apprend point à guérir n'est pas celle d'un médecin, c'est celle d'un naturaliste, ou, si vous aimez mieux, d'un physiologiste étranger au but que se propose le médecin. (*Examen des doctrines médicales*, 3e édition.)

(1) *Sur la connaissance et le traitement des fièvres*, 1799.

impulsion donnée, le reste n'est que la conséquence de ce qu'elle détermine (1). »

M. Gendrin admet dans l'organisme l'existence de deux forces nouvelles : une de *sédation*, l'autre d'*excitations spontanées*. Ce sont ces deux forces qui, selon lui, se trouvent altérées ou perverties dans les fièvres intermittentes : « Quand, dit-il (2), l'altération des forces d'excitation et de sédation spontanées agit sur le système circulatoire exclusivement, on a une fièvre intermittente inflammatoire ; si c'est sur le système nerveux, qui comme les autres systèmes est subordonné aux mêmes lois, quoiqu'il soit l'agent par lequel elles s'exécutent, il se manifeste périodiquement des accidents nerveux qui peuvent revêtir une multitude de formes différentes. Si elle agit sur un appareil sécréteur de l'organisme, c'est une fièvre intermittente *bilieuse* ou *sudatoire*, ou *hémorrhagique* qu'on observe ; si elle exerce exclusivement son action sur un organe, on observe des congestions, des irritations intermittentes ; quand au contraire elle agit par une sédation puissante, on voit se manifester des fièvres *topiques* et des fièvres *algides*. »

Selon M. Guérin de Mamers, l'affection des centres cérébro-spinaux qui donne lieu aux accès de la fièvre intermittente, porte sur la substance nerveuse elle-même, et consiste seulement dans un *trouble d'action*, dans une *simple excitation anomale des centres nerveux*... S'il y a quelque congestion locale, développée dans un point quelconque de l'organisme, elle est toujours sous la dépendance du système nerveux ou le résultat de l'influence qui émane des centres nerveux ; mais *cette influence s'épuise au bout d'un certain temps ; avec cet épuisement la congestion sanguine cesse, et ce n'est que lorsque les appareils nerveux se sont rechargés que l'appareil cérébro-spinal donnant encore la première impulsion, la même série d'accidents se reproduit* (3)...

Cette théorie se rapproche de celle que nous devons à la verve inépuisable de M. Virey, et par laquelle cet écrivain si fécond cherche également à expliquer le retour des accès ou des paroxysmes fébriles *par le moyen des fluides sécrétés qui déterminent une détente ou une décharge dans l'économie*, etc., après

(1) Bailly, *Traité anatomico-pathologique des fièvres intermittentes.*
(2) *Recherches sur la nature et les causes des fièvres.*
(3) *Journal des progrès des sciences médicales*, t. II, 1830.

quoi l'ordre revient et les fonctions reprennent leur cours jusqu'à ce que tout soit prêt pour une nouvelle explosion... Marchant sur les mêmes traces, M. Nepple fait intervenir un *fluide nerveux* qui, tel que le fluide électrique, se porte rapidement sur un point irrité, s'y concentre d'une manière extraordinaire, produit momentanément une congestion sanguine et provoque des phénomènes locaux et généraux. Mais ce fluide s'épuise, et l'apyrexie survient ; il se répare et fait une nouvelle irruption, puis la partie irritée contracte l'habitude de répéter les mêmes actes, parce qu'elle reste dans un état de stimulation qui rappelle l'influence nerveuse sur elle (1).

On voit que le *je ne sais quoi*, ou l'*aura* de M. Bailly, l'*influence des centres nerveux* de M. Guérin de Mamers, *les fluides sécrétés et la décharge* de M. Virey, le *fluide électrique* de M. Nepple, ne diffèrent guère des *humeurs fermentescibles* des anciens, du *principe morbifique* de Th. Willis, de Fizes, de Voulonne, du *fomes febrilis* de Senac, *quœ siluit aliquo tempore et resurget veluti ipso initio !* Les auteurs modernes dont il s'agit nous paraissent bien moins conséquents dans leur théorie que leurs devanciers ; car, en admettant des irritations locales, des congestions sanguines, conçoivent-ils bien la nécessité de ces agents secrets, nerveux ou autres, qu'ils font intervenir, et dont l'irruption provoque, selon eux, le renouvellement des accès fébriles? Y aurait-il des médecins qui, *essentialistes* d'abord, voudraient, comme le dit M. Boisseau, se faire pardonner leur adhésion à la doctrine physiologique en refusant de l'appliquer aux fièvres intermittentes? ou bien y a-t-il, comme le dit M. Bailly, des médecins qui ne sont pas *essentialistes purs*, ou qui ne veulent céder que peu à peu et méthodiquement aux arguments ou plutôt à l'évidence des faits présentés par cette doctrine ? Quoi qu'il en soit, la très grande majorité des médecins reconnaît aujourd'hui une irritation locale dans toute espèce de fièvre, la continue comme l'intermittente. Mais, pour cette dernière, plusieurs ne veulent encore admettre *que l'intermittence de la fièvre ;* ils ne peuvent pas ou ils ne veulent pas concevoir l'intermittence de l'irritation, de sorte qu'ils font de la fièvre intermittente un composé de deux êtres, l'un continu, l'autre intermittent; l'un matériel ou plus fixe, c'est la lésion ou l'irritation

(1) *Ouvrage cité.*

locale; l'autre spirituel ou essentiel, plus léger, plus mobile, qui seul a la faculté de cesser et de revenir à des intervalles déterminés pour développer l'accès fébrile, c'est le fluide nerveux, l'*aura* ou la matière morbifique! De semblables théories aujourd'hui ont-elles besoin d'une sérieuse réfutation? N'est-il pas évident que ceux qui les imaginent ou les adoptent, s'en laissent encore imposer par le phénomène de l'intermittence? Cependant si l'on examine attentivement ce phénomène ou plutôt cette circonstance dans la marche des maladies, si l'on cherche à s'en rendre compte d'un manière convenable, n'est-il pas aisé de reconnaître qu'il n'y a rien en lui de si merveilleux, rien qui ne soit très naturel, puisque c'est dans les lois de la nature elle-même, dans les fonctions de l'organisme, qu'il se trouve partout établi, comme nous l'avons vu précédemment? Nous avons vu qu'il y avait partout dans nos tissus, dans nos organes, une tendance à répéter les mêmes actes; nous avons vu que l'intermittence ou la périodicité tenait essentiellement à notre manière d'être, à nos fonctions, à nos habitudes, soit qu'elles résultent, ces habitudes, d'un besoin réel ou factice. On sait quelle rapidité, quelle aptitude acquièrent nos organes pour tel ou tel exercice et pour les arts en général, par le seul fait de l'exercice ou de l'habitude. Relativement aux habitudes acquises, on sait que des individus ne pourraient discontinuer de fumer ou priser du tabac, de prendre, à certaines heures, du thé, du café, etc., sans se trouver mal à leur aise; telle personne qui a pris l'habitude d'uriner, d'aller à la selle à certaines époques de la journée, ne peut manquer de satisfaire à ce besoin sans éprouver une sorte de malaise général, de frissonnement, d'agitation particulière qui modifie même son moral, le rend triste, morose et inapte à ses travaux habituels : les hommes de lettres et de cabinet, par exemple, sont très sujets à ces sortes de malaises et d'agitations fébriles passagères. L'influence de l'habitude est telle, dans le développement de l'intermittence morbide, qu'on peut pour ainsi dire la produire à volonté : le docteur Brachet, de Lyon, en a fait l'expérience sur lui-même; il a pris tous les jours, à neuf heures du soir, un bain froid dans la Saône, qui coule au bas de son habitation; en sortant du bain, il se couchait dans un lit parfaitement bassiné. Le refoulement du sang et des humeurs dans les viscères pendant le bain, la réaction avec chaleur et sueur que favorisait le séjour au lit, dévelop-

paient chez lui une série de phénomènes à peu près semblables à ceux d'un léger accès de fièvre intermittente ; et quand au bout de sept jours il cessa l'expérience, l'habitude s'était déjà si bien établie que le retour des mêmes phénomènes fébriles continua d'avoir lieu périodiquement et aux mêmes heures pendant plusieurs jours consécutifs.

On peut bien croire que presque toujours une sorte d'habitude existe déjà par l'action périodique de certains actes, de certaines causes prédisposantes, quand survient le premier accès d'une fièvre intermittente quelconque ; de là, le retour d'un second, d'un troisième accès ; et ainsi de suite, alors même que le malade est soustrait à l'action des causes occasionnelles. Ces accès ne se répètent donc pas en vertu d'une habitude acquise au second, au troisième accès, mais par suite d'une habitude physiologique qui date de plus loin et qui préexiste au développement de la fièvre. C'est ainsi qu'un mouvement fébrile dont on a détruit la cause matérielle se rétablit par la seule aptitude de nos organes à reproduire les mêmes actes à des époques réglées ; ce sont, dit M. Pariset, des souvenirs comparables à ceux par lesquels notre esprit reproduit en lui-même l'impression des objets absents (1).

Il n'est personne qui n'ait éprouvé un certain malaise, une agitation indicible, des bâillements, etc., un moment avant ses repas accoutumés et lorsque le besoin d'aliments se fait vivement sentir. Pendant que la digestion s'opère, si rien ne distrait ou empêche d'observer ce qui se passe en soi, on se sent enclin au repos, au sommeil; on éprouve de légers frissonnements qui annoncent le surcroît de vie et de chaleur qui s'est porté de la surface du corps dans l'estomac. Un état de force, de bien-être, de moiteur à la peau, succède et termine l'opération digestive; c'est approchant les phénomènes qui se reproduisent en grand ou à leur *maximum* d'intensité dans un accès de fièvre intermittente, toutefois avec la grande différence que les premiers sont compatibles avec la santé, et souvent passent inaperçus, tandis que ces derniers, poussés beaucoup plus loin sous l'influence de certaines causes, constituent une véritable maladie.

A cette intermittence de nos actions, de nos fonctions, de nos habitudes et de tout ce qui se passe en nous, M. Roche a ajouté avec raison l'intermittence non moins remarquable des influen-

(1) Article CAUSE du *Dictionnaire des sciences médicales*.

ces externes (1) ; il a, le premier, fait voir les rapports qui existent entre l'action périodique de certaines causes et le développement de la fièvre intermittente, surtout dans les lieux où elle est endémique : « Le printemps et l'automne, dit-il, sont les époques de l'année pendant lesquelles se développent le plus ordinairement les fièvres intermittentes ; celles même qui sont produites par les miasmes marécageux naissent presque toujours dans cette dernière saison. Or, le caractère commun à ces deux saisons, c'est de présenter une différence considérable entre la température du jour et celle de la nuit, et souvent en peu d'heures, trois ou quatre variations très sensibles dans la température et l'état hygrométrique de l'air. Quels peuvent donc être sur le corps humain les effets de ces fréquentes vicissitudes atmosphériques, de ces alternatives rapides et répétées de froidure et de chaleur, de sécheresse et d'humidité? C'est évidemment d'y entretenir une alternative continuelle d'action et de réaction dont il ne tardera pas à contracter l'habitude. Ainsi une impression de froid vient frapper la peau ; elle se crispe et pâlit ; un instant après la chaleur l'atteint à son tour, cette membrane s'épanouit et se colore, ne sont-ce pas là les rudiments des premiers phénomènes d'un accès de fièvre intermittente ? La nuit met un terme à ces impressions, mais le lendemain et les jours suivants, elles se renouvellent et sont nécessairement suivies des mêmes effets ; et c'est ainsi que s'établit naturellement l'intermittence. Or, que chez un individu, ainsi modifié plusieurs jours de suite, prédisposé de la sorte à contracter l'irritation sous forme intermittente, un stimulus vienne à agir sur un organe quelconque, on conçoit déjà sans peine que la souffrance de cet organe puisse

(1) *Annales de la médecine physiologique*, t. I.
C'est sans y réfléchir qu'en rendant compte de l'*Essai sur les irritations intermittentes* *, M Roche nous accuse de partager l'opinion de ceux qui font de l'intermittence un *mystère impénétrable*, puisque nous commençons notre ouvrage en dissipant ce mystère, et en prouvant que le type intermittent existe dans la nature aussi bien que le type continu : en établissant que cette intermittence se reproduit sans cesse dans les phénomènes de l'organisme, dans nos habitudes et nos fonctions, dans l'état de santé comme dans l'état de maladie. Nous indiquons les intermittences d'action et de repos, de sommeil et de veille, de nos repas, de nos évacuations diverses, du flux hémorroïdal et menstruel ; enfin, nous disons qu'il existe dans l'économie animale une tendance à répéter les mêmes actes, à éprouver les mêmes affections, etc.

* On peut consulter à ce sujet les généralités du premier volume de l'*Essai sur les irritations intermittentes*, et notre *Thèse inaugurale sur le même sujet*, soutenue en 1820.

prendre le caractère de l'intermittence, surtout si la fonction de cet organe est elle-même intermittente (1).

M. Roche prouve ensuite que l'action des miasmes marécageux est nulle ou presque nulle pendant une partie de la journée, tandis qu'elle s'exerce dans toute sa force à peu près aux mêmes heures. Ce n'est point pendant la plus forte chaleur du jour, c'est-à-dire à l'époque où se dégagent en plus grande quantité les effluves marécageux, que leur action est le plus à redouter pour le développement de la fièvre intermittente, parce qu'alors ils sont raréfiés par la chaleur solaire et emportés dans les régions supérieures de l'atmosphère avec les vapeurs aqueuses qui leur servent de véhicule ; c'est au contraire vers la fin de la journée ou après le coucher du soleil, que leur action délétère se fait particulièrement sentir, parce qu'alors l'atmosphère se refroidit, les vapeurs se condensent et tombent sous forme de rosée avec les miasmes qu'elles tiennent en dissolution ; ces miasmes sont d'autant plus abondants que le soleil a été plus ardent et le refroidissement de l'atmosphère plus rapide et plus considérable. C'est alors que rassemblés sous le plus petit volume possible et concentrés sous forme humide, ils sont déposés sur toutes les surfaces de rapport, la peau, les voies pulmonaires et digestives. De là, la précaution nécessaire, dans certains pays, de rentrer dans les maisons aussitôt après le coucher du soleil, de là aussi le danger signalé par tous les voyageurs de traverser de vastes marais à l'entrée de la nuit.

Il ne faudrait pas conclure de ce qu'on vient de dire que l'influence des effluves marécageux est tout-à-fait nulle le matin et pendant la journée, parce qu'un grand nombre de faits viendraient démentir cette conclusion. Lind en particulier a vu fréquemment se développer des fièvres intermittentes chez des paysans obligés de creuser des fossés ou de saigner des marais avant le lever du soleil ou pendant que cet astre était sur l'horizon, surtout dans les temps chauds et humides. On sait d'ailleurs que les miasmes des marais ne possédent aucune propriété spécifique en vertu de laquelle ils puissent produire la fièvre intermittente en tous lieux et chez toute espèce d'individus, de la même manière que le virus de la petite-vérole ou de la syphilis développe ces maladies ; on sait que les effluves marécageux produisent sou-

(1) *Nouveaux éléments de pathologie médico-chirurgicale*, t. I, 2e édit.

vent aussi des fièvres continues : le voyageur qui parcourt, durant l'été, les États romains, sardes ou napolitains, est plus exposé à des fièvres continues graves et à la fièvre jaune qu'aux fièvres intermittentes. Il est probable, comme le pensent MM. Chervin, Roche, et un grand nombre de médecins physiologistes, que la fièvre jaune et la peste sont dues à des miasmes analogues, mais plus actifs que ceux qui développent ordinairement les fièvres intermittentes.

Il s'en faut bien d'ailleurs que les effluves marécageux soient les seules causes des irritations intermittentes en général ; il y a beaucoup de pays où ils n'en sont pas même les causes les plus fréquentes. En effet, il est certain que beaucoup d autres agents, et que des causes stimulantes quelconques, peuvent développer les fièvres dont il s'agit ; nous avons vu qu'il suffisait d'une indigestion, d'une averse, d'une affection morale vive, de la répercussion de la transpiration, de la suppression des menstrues, etc., pour provoquer des accès fébriles périodiques. Les faits nombreux que nous rapportons prouvent que les fièvres intermittentes peuvent se développer en toute saison, principalement en été, dans les régions froides ou tempérées, surtout quand il survient de fréquents orages, ou des pluies répétées comme en 1829. Nous avons vu, dans les mois de juin et de juillet de cette année-là, survenir beaucoup de fièvres intermittentes dans des communes très saines d'ailleurs, et où il n'y a que peu ou point de marais (1). Mais, dans tous ces cas, il reste toujours pour concevoir le développement des affections fébriles périodiques, la prédisposition qui résulte de l'intermittence des fonctions organiques et de la tendance de chaque tissu, de chaque viscère, à répéter les mêmes actes dans l'état de santé comme dans l'état de maladie. Ce sont toujours là, selon nous, les meilleures raisons qu'on puisse donner de l'intermittence, car les causes intermittentes, résultant des effluves marécageux, agissent sur les poumons pour le moins autant que sur les organes digestifs. D'où vient que ces derniers organes présentent beaucoup plus souvent des irritations intermittentes sous l'influence des causes dont il s'agit ? n'est-ce pas évidemment par suite de la périodicité très marquée de leurs fonctions ? Il en est de même de l'action du système cérébro-spinal ; aussi les maladies du cerveau et de

(1) Voyez le ch. II, *Des causes et de leur mode d'action.*

la moelle épinière sont-elles, après celles du canal digestif, les plus sujettes à éprouver, dans leur marche, des rémissions et des intermissions plus ou moins sensibles et régulières.

Quant à la raison qui fait développer un type d'intermittence plutôt qu'un autre, le type tierce, par exemple, au lieu du type quotidien, le type quarte de préférence au type quintane, franchement nous ne la connaissons pas. Car dire que cela tient à la *différence d'excitabilité* des sujets, ou de leur *aptitude diverse* à telle ou telle forme de maladie, c'est une manière d'éluder la question, ce n'est pas y répondre ; il reste toujours à savoir en quoi consiste cette différence, et à quoi tient cette aptitude.

M. Bailly, dans son *Traité anatomico-pathologique des fièvres intermittentes*, émet une opinion particulière touchant la cause de l'intermittence. Partant de l'idée que les animaux sont exempts des fièvres et autres affections intermittentes, ce médecin construit sur ce fait, supposé vrai, l'hypothèse que voici : Si les animaux n'éprouvent jamais les affections dont il s'agit, c'est parce que leur corps se trouve placé horizontalement pendant toute leur vie ; dans cette position, leur cœur reste toujours dans une même ligne horizontale avec le cerveau et leurs organes digestifs, tandis que chez l'homme les trois grandes cavités splanchniques changent, toutes les vingt-quatre heures ou périodiquement, de rapport, de position ; elles se trouvent, pendant le jour, situées sur une même ligne verticale, et pendant la nuit dans une situation horizontale. C'est cette disposition qui, selon M. Bailly, est cause que chez l'homme la circulation éprouve deux fois dans vingt-quatre heures une modification d'où résulte chaque soir une congestion sur le système cérébral, et chaque matin une semblable congestion sur le système abdominal. Ce qui paraît d'abord confirmer cette idée, c'est le retour, dans la matinée, d'un grand nombre d'accès fébriles par suite d'une irritation ou congestion abdominale. Ce dernier fait est vrai. Il est vrai aussi que beaucoup d'affections cérébrales éprouvent des exacerbations vers le soir. Mais ce n'est pas le changement de position des viscères qui provoque les accès et les redoublements dont il s'agit, puisque la fièvre intermittente attaque les individus retenus au lit par d'autres indispositions, et les enfants au berceau qui sont presque constamment dans la position horizontale. D'ailleurs si le principe d'où découle la conséquence de cette théorie est faux, la conséquence ne saurait être vraie. Or,

il est aujourd'hui reconnu en médecine vétérinaire que les animaux ne sont point exempts de fièvres et autres maladies intermittentes. Nous avons déjà cité précédemment le fait de la fluxion périodique de l'œil qui est propre à certains animaux. Beaucoup d'autres observations prouvent qu'ils sont également atteints de fièvres intermittentes : M. Dupuis, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort, et M. Rodet ont observé plusieurs faits de ce genre chez les quadrupèdes. M. Royston rapporte que dans les environs des marais de Cambridge les animaux qui sont employés aux travaux de l'agriculture présentent quelquefois des fièvres intermittentes tierces parfaitement caractérisées (1). On trouve encore plusieurs autres exemples de fièvres intermittentes chez différents animaux, dans la *Correspondance de Fromage de Feugré* (2), dans les ouvrages de Pozzi (3), et de Hurtrel d'Arboval (4). Cela ne suffit-il pas pour renverser la théorie de l'intermittence de M. Bailly? théorie qui aurait amené dans le traitement des fièvres intermittentes des modifications préjudiciables aux malades, puisqu'elle tend à faire diriger tous nos moyens thérapeutiques du côté du cerveau, chaque fois qu'une maladie éprouve des exacerbations durant la nuit. Or, combien de fois des malades, affectés de gastrites ou de gastro-entérites, par exemple, n'éprouvent-ils pas vers le soir ou durant la nuit des redoublements périodiques de chaleur, de fièvre, et des symptômes locaux beaucoup plus saillants! D'un autre côté, si l'on consulte les ouvrages où se trouvent rassemblés un très grand nombre de faits relatifs aux affections cérébrales, on y voit que plusieurs d'entre elles éprouvent des exacerbations bien manifestes le matin et pendant la journée, bien que le cerveau et ses membranes soient seuls affectés.

D'ailleurs n'est-il pas aujourd'hui parfaitement reconnu qu'il n'y a rien de bien fixe touchant l'époque à laquelle une maladie quelconque peut éprouver des accès ou des redoublements périodiques? Il n'est aucun médecin qui, placé convenablement pour observer beaucoup de fièvres intermittentes, n'ait été à même de se convaincre qu'il n'y a rien de fixe pour l'époque de

(1) *Annales de littérature étrangère, Topographie médicale de la Grande-Bretagne*, juillet 1810.

(2) Tome IV.

(3) *La zooiatria del giov. Milano*, 1809, t. III.

(4) *Dictionnaire de médecine et d'hygiène vétérinaire*, 2e édition, 1838.

la journée et même de la nuit, à laquelle leurs accès peuvent se renouveler; ces époques varient non seulement chez plusieurs malades différents, mais encore chez le même individu : nous avons vu, chez le même malade, des accès de fièvre intermittente ordinaire, avoir lieu d'abord à cinq heures du matin, puis à dix heures, puis à deux heures après-midi, puis à huit heures du soir, puis à minuit, et décrire un cercle tout-à-fait irrégulier dans le développement des accès. D'autres fois le retour de la fièvre survient régulièrement une ou plusieurs heures plus tôt ou plus tard que celles des accès précédents.

Enfin, ce qu'on ne peut concevoir, ni d'après la théorie de M. Bailly, ni d'après toute autre théorie d'intermittence, c'est le changement si fréquent de type que peuvent présenter les fièvres dont il s'agit. Nous avons vu que toute espèce de fièvre rémittente et intermittente pouvait se transformer en fièvre continue, que toute espèce de fièvre continue pouvait passer de ce type à la rémittence, ou à l'intermittence, et que toute espèce de fièvre continue, remittente et intermittente pouvait passer successivement de l'intermittence quotidienne à l'intermittence tierce, de celle-ci à l'intermittence quarte, quintane, octane, etc.

Il est facile de concevoir, d'après tout ce que nous venons de dire sur la périodicité et sur les variétés innombrables de formes et de types que peuvent revêtir les fièvres intermittentes, et dont plusieurs se rapprochent plus ou moins de la continuité, il est facile de concevoir que l'intermittence exprime seulement un fait, c'est-à-dire la disparition et le retour à des époques fixes d'un groupe de symptômes fébriles qui ne diffère de la fièvre continue que par cette circonstance dans sa marche ou dans le développement rapide de ses diverses périodes. En effet, il est généralement reconnu que, durant l'intervalle qui sépare les accès du plus grand nombre de fièvres intermittentes, quotidienne, tierce et quarte, les malades se trouvent à peu près comme dans l'état de santé; ce qui prouve que la lésion locale, provocatrice des symptômes locaux et fébriles ou sympathiques qui constituent ces accès, disparaît avec eux, puisque rien, dans l'intervalle de temps qui les sépare, n'indique la souffrance ou la lésion d'un organe quelconque. Ces accès paraissent tellement libres de revenir ou de ne pas revenir, qu'il suffit souvent du moindre ébranlement physique ou moral pour empêcher leur retour, comme pour les rappeler suivant les circonstances.

Les accès des fièvres intermittentes en général sont donc à peu près indépendants les uns des autres; et chaque accès peut être considéré comme une fièvre aiguë continue de courte durée, mais ayant son début, son développement et sa fin, comme toute autre maladie. L'accès qui suit ne dépend point nécessairement de celui qui précède, il n'en est qu'une répétition.

Des médecins, à qui notre opinion à cet égard avait d'abord paru *fort singulière*, ont fini eux-mêmes par l'adopter relativement à la fièvre quarte ; c'est ainsi que M. Bailly dit positivement: « Dans les fièvres quartes, l'absence d'une marche progressive rend chaque accès *indépendant et isolé des autres*, et quand l'un d'eux vient à finir, l'économie n'en est pas plus avancée, soit pour la fièvre elle-même, soit pour la lésion locale qui coexiste avec elle (1). »

Nous avons été d'autant plus porté à émettre l'opinion dont il s'agit que les auteurs ne nous indiquent aucune cause de liaison entre les accès fébriles, si ce n'est celle d'un principe morbifique ou d'un fluide nerveux qui sommeille et répare ses forces avant de reproduire un nouvel accès! Or, ce *principe morbifique* étant écarté en médecine physiologique, nous n'avons plus rien trouvé qui enchaînât nécessairement un second accès au premier et au troisième, celui-ci au second et au quatrième, ainsi de suite. On a dit qu'il y avait *une cause inhérente à l'économie* qui unissait entre eux les accès de la fièvre intermittente! D'autres ont avancé qu'il y avait *une modification organique particulière* qui persistait dans l'intervalle des accès fébriles et qui en déterminait le retour! Ce sont là, selon nous, tout autant de suppositions gratuites. Nous donnons les raisons qui nous font penser ainsi ; s'il est vrai *qu'elles ne méritent pas qu'on s'y arrête* (2), nous attendons qu'on nous en fournisse de meilleures; nous attendons qu'on nous fasse connaître cette cause inhérente à l'économie ou cette modification organique que nous avons inutilement cherché à découvrir. Nous disons qu'un second, un troisième accès fébrile est indépendant de celui qui précède ou qui vient après, 1° parce que rien ne prouve qu'il y ait entre eux un lien qui échappe à nos sens et à tous nos moyens d'investigation, au moins dans les circonstances si fréquentes où, de l'aveu de tous les auteurs, il y a, dans l'intervalle des accès, une apyrexie parfaite, une ab-

(1) *Ouvrage cité*, p. 463.

(2) Boisseau, *Journal universel de médecine.*

sence complète de tout phénomène morbide, local ou général : « Si les accès de la fièvre intermittente étaient indépendants, ajoute-t-on, *il serait inutile de s'occuper de l'intermittence, ce phénomène n'existerait plus* (1). » C'est au contraire ce qui aurait lieu, si l'on admettait une *modification particulière* qui persistât dans l'intervalle des accès, parce qu'alors cette modification organique devrait indiquer sa présence par quelques phénomènes morbides, et l'intermittence ne pourrait jamais être parfaite; ce qui est contraire à l'observation. D'ailleurs, quel mal y aurait-il qu'on s'occupât un peu moins de ce prétendu *phénomène de l'intermittence*, éternel objet de tant de suppositions gratuites ou de théories ridicules, parce qu'on veut encore, à l'exemple des anciens, lui faire jouer le plus grand rôle possible!

2° Parce que nous avons vu à l'extérieur du corps un grand nombre d'irritations fébriles ou non fébriles, sous les types quotidien, tierce, quarte, quintane, etc., qui ne laissaient aucune trace de leur existence pendant l'intervalle qui séparait leurs retours périodiques, c'est-à-dire pendant un, deux, trois ou quatre jours et plus. N'est-ce pas là une preuve d'analogie assez puissante pour croire qu'il peut en être de même des irritations fébriles qui ont leur siége dans les viscères?

3° Parce qu'il y a beaucoup d'affections intermittentes dont les accès laissent entre eux un intervalle de huit, dix, quinze ou vingt jours, un mois, six mois, une année; or, dans ces cas, dont nous rapportons plusieurs exemples, quelle dépendance, quel lien pourrait-on trouver entre les accès morbides ou les retours périodiques dont il s'agit? Quelle cause inhérente à l'économie pourrait encore rappeler ces accès et les enchaîner les uns aux autres? Quel principe morbifique et quelle modification organique pourraient persister aussi long-temps ou ressusciter tout exprès pour provoquer des paroxysmes fébriles?

4° Parce qu'il n'est pas rare que la répétition de la même maladie à des époques déterminées ne tienne qu'à l'influence locale de certains vents, de certaines variations atmosphériques : nous avons vu des paysans, sujets à des fièvres intermittentes tierces et quartes, chez qui ces fièvres étaient très opiniâtres et dont les accès se répétaient pendant plusieurs mois, lorsqu'ils restaient dans leurs habitations situées sur les bords de l'Isère,

(1) Bégin, *Journal complémentaire des sciences médicales.*

tandis que ces accès n'avaient plus lieu ou étaient arrêtés sans aucun médicament, aussitôt qu'ils profitaient de l'intervalle des accès pour gagner une montagne voisine et y séjourner plusieurs jours de suite. Dans ces cas, le mouvement ou plutôt le changement d'air aurait-il donc suffi pour anéantir l'action de cette cause inhérente ou de cette modification organique à laquelle on veut attribuer le retour des accès?

5° L'indépendance des accès des fièvres intermittentes en général nous paraît prouvée par les variations si fréquentes que présentent les groupes de symptômes qui les constituent : souvent les premiers accès ne ressemblent point aux derniers, et tous diffèrent plus ou moins entre eux. Il n'est pas rare qu'à chaque nouvel accès une nouvelle forme fébrile se manifeste par une foule de circonstances relatives au régime, à la température atmosphérique, aux affections morales, enfin à un changement quelconque survenu dans la manière d'être du malade ou dans ce qui l'entoure.

6° Parce qu'il n'est aucune fièvre intermittente qui soit composée d'un nombre d'accès déterminé : un accès ayant lieu actuellement, personne ne peut affirmer qu'il sera suivi de plusieurs autres; personne ne peut dire si l'affection locale qui les détermine se répètera, si l'on soustrait le malade aux causes qui l'ont occasionnée une première, une seconde fois. Etant donnée une fièvre intermittente quelconque, dans les mêmes circonstances et chez le même individu, si l'on pouvait fixer approximativement le nombre d'accès qu'elle aura, comme nous disons d'un érysipèle, d'un phlegmon ordinaire, qu'il durera huit, dix jours, par exemple, on pourrait croire qu'il est de la nature de cette fièvre d'être composée d'un certain nombre d'accès et qu'il y a quelque chose qui les unit, puisqu'ils ne peuvent exister séparément; puisque c'est par leur union de trois, de quatre ou de huit accès, par exemple, qu'ils constituent une maladie, appelée *fièvre intermittente;* mais il n'en est point ainsi : il n'existe pas une seule irritation intermittente dont le nombre d'accès ne soit très variable, toutes choses égales d'ailleurs; ainsi, une fièvre intermittente tierce qui vient de se terminer aujourd'hui après cinq ou six accès peut revenir au bout de quelques mois, et peut, dans les mêmes circonstances et chez le même individu, n'en présenter que deux ou trois, ou au contraire ne cesser entièrement qu'après trente ou quarante accès.

Les grands débats relatifs à la non-essentialité des fièvres continues sont aujourd'hui terminés et complétement résolus en faveur de la doctrine physiologique. Il n'y a plus d'opposition nulle part au milieu des médecins observateurs et des praticiens éclairés. Toutes les recherches d'anatomie pathologique qui ont été faites depuis quinze ou vingt ans par des médecins dont la plupart furent d'abord les antagonistes de la nouvelle doctrine, tels que MM. Serre, Chomel, Bouillaud, Lallemand, Andral, Martinet, Bailly, Dance, Louis, etc., sont venues confirmer les résultats annoncés depuis long-temps par l'illustre auteur des *Phlegmasies chroniques* (1). Il n'est donc pas étonnant que ceux qui veulent encore des fièvres intermittentes *essentielles*, aient aujourd'hui tant à cœur de séparer à tout jamais les fièvres continues des fièvres intermittentes! Si tout rapprochement à cet égard les gêne et les inquiète, n'est-ce pas parce qu'ils se sentent bien faibles dans ce dernier retranchement qu'ils ont élevé à *l'essen-*

(1) En effet, le grand nombre de faits d'anatomie pathologique relatifs aux fièvres continues, publiés par MM. Bouillaud, Andral, Louis, Dance, etc., ne confirment-ils pas la proposition depuis long-temps énoncée par M. Broussais, que toutes les fièvres reconnaissent pour cause primitive et essentielle la lésion d'un ou de plusieurs organes, et le plus souvent de la muqueuse digestive? Quant à la nature de cette lésion, l'illustre auteur des *Phlegmasies chroniques* ne l'a jamais limitée et circonscrite à telle ou telle nuance de forme, de couleur, d'étendue, de profondeur de la membrane dont il s'agit et de ses annexes; l'observation et l'expérience l'ont seulement conduit à reconnaître qu'une portion quelconque du canal intestinal ne pouvait être lésée sans que l'estomac en ressentît plus ou moins l'influence, d'autant plus que cet organe souffre presque toujours sympathiquement, alors même que cette lésion est placée ailleurs que dans le tube digestif et ses annexes.

Bien à l'avance on a annoncé le résultat des dernières recherches anatomico-pathologiques de M. Louis comme devant *renverser* la doctrine physiologique, par la raison qu'il a trouvé des traces de gastrite et de gastro-entérite chez beaucoup de malades qui avaient succombé à d'autres maladies qu'à celle du canal digestif. Hé bien! aujourd'hui qu'il est publié, que prouve ce dernier travail de M. Louis? fournit-il des armes puissantes contre la nouvelle doctrine des fièvres? Tout au contraire, il en confirme de plus en plus les bases fondamentales. Car les lésions du cerveau, des poumons, du cœur, du foie, de la rate, en un mot de tous les autres viscères, n'excluent point les lésions du canal gastro-intestinal, puisque, d'après les principes de la doctrine physiologique, les organes digestifs, et en particulier l'estomac, souffrent presque toujours sympathiquement dans toute maladie grave quelconque. Or, ne conçoit-on pas que cette souffrance de la muqueuse digestive, que le trouble de ses fonctions, ne puissent durer un certain temps sans que cette membrane ne devienne le siége de quelques lésions plus ou moins remarquables, et dont les premières traces peuvent remonter à l'origine des autres lésions organiques assez graves pour qu'on puisse leur imputer plus spécialement la mort des malades?

tialité des fièvres? Aussi rassemblent-ils le plus de preuves possible pour combattre l'analogie et la ressemblance reconnues de tout temps et par tous les grands observateurs entre les fièvres intermittentes et les fièvres continues. Mais ils ont beau établir leur divorce sur les raisonnements les plus spécieux, des faits authentiques, détaillés et irrécusables, sont là pour détruire cet échafaudage de preuves péniblement réunies et artistement arrangées par nos adversaires; ce sont les simples conséquences de ces faits que nous leur opposons sous formes de raisons contradictoires. En effet, si l'on résume les nombreuses différences que MM. Alibert, Récamier, Bailly, Rayer, Nepple, etc., allèguent pour soutenir qu'il n'y a aucune ressemblance entre les fièvres d'accès et les fièvres continues, on peut les réduire à cinq principales: la *première* est fondée sur ce que les fièvres continues, quand elles éprouvent des redoublements, ne les présentent jamais que le soir, tandis que les fièvres intermittentes ont *toutes* leurs accès le matin de bonne heure, quand elles sont quotidiennes; de dix heures à midi, quand elles sont tierces ou double-tierces, et vers les quatre ou cinq heures du soir, quand elles sont quartes. La *seconde* différence est dans la terminaison, souvent spontanée, des fièvres intermittentes, et leur guérison constante par le quinquina. La *troisième* a été trouvée par M. Bailly, dans le *facies* ou la physionomie particulière du malade au moment de l'accès. La *quatrième* différence consiste dans la facilité avec laquelle on peut quelquefois empêcher le retour d'un accès fébrile, comme par un sentiment de frayeur, de crainte, de plaisir, de surprise, etc., ce qui n'a jamais lieu pour les fièvres continues, qui doivent *avoir nécessairement* leur début, leur état, leur déclin, etc. Enfin la *cinquième* différence se trouve dans la liaison qui existe entre les altérations locales et les phénomènes sympathiques et généraux qui constituent les fièvres continues, dans lesquelles on peut toujours juger de l'activité de la lésion locale par l'énergie des symptômes fébriles, tandis que ce rapport n'existe plus dans les fièvres intermittentes.

Ce sont ces cinq causes de différence qui, dit-on, s'opposeront éternellement à tout rapprochement entre les fièvres continues et les fièvres d'accès! La plupart de ces prétendues différences sont déjà jugées et réduites à leur juste valeur par tout ce que nous avons dit précédemment. Relativement à la première différence, nous avons fait voir qu'il n'y avait rien de fixe tou-

chant l'époque, soit des exacerbations de la fièvre continue, soit des accès de la fièvre intermittente. Bien loin qu'il soit prouvé que toutes les fièvres continues aient leurs exacerbations le soir, il n'est pas de médecins qui n'aient observé le contraire; il n'est pas de praticiens qui n'aient vu, par exemple, dans les fièvres gastriques ou bilieuses continues, la plupart des symptômes, tels que la céphalalgie, les dégoûts, l'amertume de la bouche, les envies de vomir, la chaleur de la peau, la fréquence du pouls, etc., être plus marqués le matin que dans toute autre époqne de la journée. N'est-ce pas dans la matinée qu'ont lieu, d'après l'observation générale, les redoublements des fièvres continues éruptives, catarrhales, muqueuses, etc.? Tous les auteurs qui ont écrit sur les fièvres intermittentes rapportent des exemples de fièvres tierces et quartes qui avaient lieu le matin, d'autres dont les accès se manifestaient à diverses époques de la journée et de la nuit. Tous ont observé des fièvres intermittentes dont les accès allaient en avançant d'une ou de plusieurs heures, de manière à décrire parfois un cercle de vingt-quatre heures. Nous avons vu, à l'hospice clinique de la Charité, en 1817 et 1818, plusieurs exemples de fièvres quartes dont les accès avaient lieu après quatre heures du soir. Pendant les années 1822, 1823 et 1824, ayant exercé la médecine dans une grande étendue de bourgs et de villages placés sur les rives de l'Isère, c'est-à-dire sur de vastes plaines tour à tour envahies et délaissées par le cours très variable et nullement limité de cette rivière, nous avons observé un très grand nombre de fièvres intermittentes dont les accès, quel que fût leur type, quotidien, tierce ou quarte, revenaient le plus souvent vers la fin de la journée. Le choix de cette époque pour le retour des accès nous a paru déterminé par les imprudences de chaud et de froid, d'humidité, d'intempérance, commises durant la journée, et plus particulièrement par le mode d'action des causes les plus actives, c'est-à-dire par l'influence plus grande des miasmes marécageux qui, quelque temps après le coucher du soleil, retombaient avec les vapeurs qui chaque soir formaient une abondante rosée.

B) La *seconde* différence nous paraît mettre les auteurs dont il s'agit en contradiction avec eux-mêmes, surtout MM. Bailly et Récamier, puisqu'ils soutiennent d'autre part que les fièvres intermittentes ont *une durée nécessaire!* Quant à la raison fondée sur l'efficacité exclusive du quinquina contre les fièvres

d'accès, elle est encore de peu de valeur d'après ces auteurs eux-mêmes, puisqu'ils rapportent plusieurs observations de ces fièvres, surtout sous type quarte (1), qui n'ont pu guérir qu'à l'aide de saignées répétées et un traitement antiphlogistique; puisque, dans la constitution de fièvres intermittentes observées à Rome par M. Bailly, le quinquina ne *réussissait que quand les saignées avaient disposé l'économie à en recevoir l'action;* puisque plusieurs autres moyens, comme les amers indigènes, les évacuants, les stibio-opiacés, etc., employés avec succès contre certaines fièvres continues, ont également réussi contre les fièvres d'accès, et puisqu'il y a encore des praticiens qui ne croient point avoir obtenu la guérison solide de plusieurs fièvres continues, s'ils n'achèvent leur traitement par l'administration du quinquina! D'ailleurs, comme nous le verrons, ce n'est pas contre la fièvre aiguë qui constitue l'accès, que les médecins en général dirigent l'action du quinquina, puisque cette fièvre ne doit plus exister, et qu'il faut attendre l'apyrexie pour administrer ce médicament; puisque c'est uniquement pour en prévenir le retour qu'il est employé, et puisqu'il réussit d'autant mieux que l'apyrexie est plus longue et plus complète.

Quant à la différence fondée sur le *facies* ou la physionomie particulière du malade au moment de l'accès, nous n'avons pu deviner en quoi elle consiste. C'est une remarque qui n'est due qu'à la perspicacité de M. Bailly et à la position particulière dans laquelle il s'est trouvé, puisqu'il soutient qu'*il faut avoir vu autant de fièvres que lui pour l'apprécier !* Pour nous qui n'avons pas cette prétention, et qui pourtant n'admettons pas une opinion sur parole, nous restons persuadé qu'à l'aspect d'un seul accès de fièvre intermittente ordinaire, il est fort difficile, et souvent impossible, de décider s'il s'agit de la première période d'une fièvre bilieuse continue ou d'un accès de fièvre tierce, quotidienne, etc. M. le professeur Chomel dit lui-même qu'il n'y a point de différence entre un accès de fièvre intermittente inflammatoire et une fièvre inflammatoire éphémère (2).

La quatrième différence trouvée dans la rapide terminaison ou dans la facilité avec laquelle on peut quelquefois prévenir le retour d'un accès de fièvre intermittente, n'est fondée que sur des

(1) Récamier, *Traité du cancer et des fièvres.*
(2) *Ouvrage cité.*

exceptions. Pourquoi donc des médecins qui, disent-ils, *ne font aucun cas des exceptions*, s'en servent-ils dans cette circonstance? n'est-ce pas faute de meilleures raisons? D'ailleurs il nous serait facile de trouver dans la guérison des fièvres continues des exceptions au moins équivalentes, si ce n'est supérieures en nombre, aux précédentes, et qui par conséquent rendent nul l'argument qu'on veut fonder sur ces exceptions. Ne sait-on pas, par exemple, qu'il y a des observations de *fièvres bilieuses* et *ataxiques* continues qui ont été arrêtées à leur début par une vive émotion de joie, d'espérance et d'enthousiasme? Ne sait-on pas que des *fièvres continues inflammatoires* se sont terminées presque subitement par des hémorrhagies ou par des saignées? N'a-t-on pas vu précédemment des fièvres catarrhales ou pleurétiques disparaître en vingt-quatre heures par une large saignée et une application de sangsues sur la poitrine? Il n'est donc pas exact de dire que *toute fièvre continue doive nécessairement avoir son début, son état et son déclin*, et *qu'elle ne puisse être guérie ou arrêtée plus ou moins rapidement!*

Enfin la dernière différence est alléguée sans aucun fondement, car on ne peut pas ignorer aujourd'hui, d'après toutes les recherches anatomico-pathologiques qui ont été faites, que des viscères parenchymateux et membraneux, surtout quelques portions de la muqueuse digestive, puissent être lésés plus ou moins profondément, et même arriver à leur désorganisation, sans que la fièvre continue qui en est la suite présente des phénomènes remarquables et proportionnés à l'intensité de la lésion locale. Dans les fièvres intermittentes au contraire, c'est presque toujours par un appareil de symptômes assez saillants que la lésion locale périodique annonce sa présence; c'est presque toujours par des symptômes qui dénotent une affection vive, aiguë et plus ou moins intense, que s'annonce en général un accès de fièvre intermittente. Aussi l'autopsie fait-elle voir presque constamment des injections vives de quelques portions du tube digestif, injections qui n'empêchent pas l'existence simultanée de quelques autres lésions plus profondes, de quelques inflammations chroniques, surtout dans les annexes des organes digestifs. M. Bailly lui-même trouve que *ce qu'il y a de curieux* (1), c'est qu'après la mort des individus atteints de fièvre intermittente on

(1) *Ouvrage cité.*

puisse trouver des lésions organiques en tout semblables à celles qu'on rencontre à la suite des fièvres continues. On conçoit que ce fait puisse paraître curieux à un médecin qui croit encore à l'essentialité des fièvres intermittentes ! mais il ne surprend point les médecins physiologistes, habitués qu'ils sont à rapprocher entre eux les phénomènes sympathiques qui constituent, soit des fièvres continues, soit des fièvres intermittentes, et à les regarder toutes comme le produit de la souffrance et de la lésion d'un ou de plusieurs organes, et en particulier de la muqueuse digestive.

En réfutant les principales raisons à l'aide desquelles on veut encore séparer les fièvres continues des fièvres intermittentes, nous avons fait voir déjà l'analogie et la ressemblance qu'elles ont entre elles. Nous concluons maintenant, d'après tout ce que nous avons dit, que les fièvres d'accès et les fièvres continues constituent des affections semblables au fond ou par leur nature ; et qu'elles ne diffèrent entre elles que par leur type, 1° parce qu'elles sont susceptibles de se transformer réciproquement les unes dans les autres, et que l'on a vu la même fièvre être tour à tour rémittente, continue et intermittente ; on a vu, durant la même épidémie et chez les mêmes individus, la fièvre commencer par être continue, devenir en quelques jours rémittente et puis intermittente ; parce que toute fièvre d'accès qui s'aggrave au point de menacer ou de terminer la vie des malades, devient presque toujours continue quelques jours avant leur mort ; 2° parce que nous avons vu les mêmes causes développer tantôt des fièvres continues, tantôt des fièvres intermittentes, suivant la disposition des individus ; 3° parce que le développement des unes et des autres est ordinairement marqué par le frisson, l'anorexie et le dégoût, et leur terminaison précédée ou accompagnée de sueurs ou d'excrétions diverses ; 4° parce que les symptômes qui constituent un accès de fièvre intermittente ordinaire sont tout-à-fait semblables à ceux qui caractérisent une fièvre continue éphémère, comme celle qui résulte d'une indigestion, d'une affection morale vive, etc. ; 5° parce que le traitement qui convient à la plupart des fièvres continues est également le seul qu'on doive employer pendant l'accès d'une fièvre intermittente quelconque, c'est-à-dire pendant tout le temps que dure l'irritation fébrile. En effet, les anciens, qui ne connaissaient pas le quinquina, ne traitaient pas les fièvres intermittentes autrement

que les continues; pour les unes comme pour les autres, la diète, les boissons délayantes, les émissions sanguines et les évacuants étaient leurs principaux moyens thérapeutiques; 6° parce que les recherches déjà très nombreuses d'anatomie pathologique à la suite des fièvres d'accès, ont fait découvrir des lésions en tout semblables et dans les mêmes organes que chez ceux qui succombent aux fièvres continues.

LIVRE PREMIER.

CARACTÈRE, SIÉGE ET NATURE DES FIÈVRES INTERMITTENTES ET RÉMITTENTES ORDINAIRES.

Le prototype des fièvres d'accès en général, d'après quelques auteurs anciens et plusieurs écrivains modernes, c'est l'*intermittente nerveuse*; ce prototype, d'après la doctrine physiologique, c'est l'*intermittente gastrique* ou *gastro-entérique*, c'est-à-dire que la très grande majorité des fièvres intermittentes est due, selon nous, à une irritation inflammatoire ou subinflammatoire du canal digestif.

De tous les viscères, les organes de la digestion sont ceux qui, par le rythme et la nature de leurs fonctions, se trouvent le plus disposés aux affections périodiques et le plus ordinairement soumis aux causes provocatrices de ce genre de maladie; il n'est donc pas étonnant que la fièvre intermittente gastrique ou gastro-entérique, bilieuse, putride et muqueuse des auteurs, soit celle qu'on observe le plus souvent et le plus généralement en tous lieux, dans toutes les saisons, chez tous les âges, tous les sexes, toutes les constitutions.

L'irritation du tube digestif est ce qu'il y a de plus ordinaire et de mieux dessiné dans toutes les épidémies de fièvres intermittentes et rémittentes décrites jusqu'à ce jour; on peut même soutenir avec raison qu'il n'y en a que peu ou point dans lesquelles on ne signale quelques symptômes gastriques. C'est ce qui a fait dire à M. Broussais que toutes les fièvres intermittentes étaient gastriques; elles le sont dans ce sens que l'estomac souffre presque toujours, soit primitivement, soit secondairement. Quant à la fièvre intermittente ordinaire, il est certain qu'elle est due le plus souvent à une lésion ayant son siége primitif et principal dans les organes digestifs. Dans les cas peu fréquents où cela n'a point lieu, quand les organes cérébraux, pulmonaires, ou autres, sont le point principalement irrité, les relations sympathiques de l'estomac avec ce point, quel qu'il soit, suffisent encore pour provoquer des symptômes gastriques plus ou moins sensibles.

D'ailleurs la doctrine physiologique n'admet rien d'exclusif relativement au siége et à la nature des fièvres intermittentes et ré-

mittentes. Elle se borne à établir, d'après la généralité des faits, les principes d'une théorie à l'aide de laquelle on puisse les embrasser tous et les rattacher à quelque chose de positif, de constant, c'est-à-dire à la lésion d'un ou de plusieurs organes. Il suffit d'avoir vu et bien observé un certain nombre de fiévreux, d'avoir un peu médité sur les causes et les symptômes de leur maladie, pour se convaincre que les faits ne peuvent point se présenter toujours avec ces caractères tranchants, avec cette uniformité de symptômes gastriques qu'on prend pour type et pour point de comparaison afin de se reconnaître en rattachant à la forme la mieux caractérisée et la plus ordinaire d'un même genre de maladie, toutes les nuances qu'il peut offrir, quelque nombreuses et quelque variées qu'elles puissent être. Ce nombre, cette variété, surtout cette mobilité de certains phénomènes, ne prouvent-ils pas qu'ils ne sont qu'accessoires ou sympathiques de l'irritation principale, celle qu'on retrouve presque toujours, celle enfin qu'il importe le plus de bien connaître, puisque de cette connaissance découlent les principales règles d'un traitement méthodique?

Nul doute qu'en ne perdant jamais de vue cette irritation locale primitive et ordinairement gastrique, l'on ne parvienne plus facilement et dans tous les cas à spécifier la nature de cette irritation, son degré d'intensité, son extension à certaines parties plus ou moins étendues de la muqueuse digestive et aux organes qui lui sont annexés, toutes choses qu'il n'est pas facile de déterminer *à priori*, et pour lesquelles on sent le besoin de recherches nouvelles, plus détaillées, plus exactes, d'anatomie pathologique, et surtout mises en rapport avec les phénomènes morbides observés durant la vie. Quoi qu'il en soit, on sait du moins que cette irritation peut varier dans la manifestation des phénomènes fébriles intermittents, 1° suivant qu'elle est plus particulièrement fixée sur l'estomac lui-même, sur les gros intestins, sur certaines portions des intestins grêles qu'elle affecte parfois de préférence, comme la fin de l'iléon ; 2° suivant que l'irritation est plus ou moins profonde ou superficielle, suivant qu'elle prédomine dans le système capillaire rouge ou dans les cryptes muqueux, pour constituer tantôt une affection inflammatoire ou erythémateuse, tantôt une affection folliculeuse ou lymphatico-sécrétoire; 3° suivant la part plus ou moins active que prennent à cette irritation primitive, le foie, la rate, le mésentère, le cen-

tre nerveux épigastrique des ganglions abdominaux, etc.; 4° suivant la disposition des autres viscères, particulièrement des organes encéphaliques et pulmonaires à s'affecter par suite de l'influence sympathique qu'ils reçoivent des organes digestifs; 5° suivant la nature et le mode d'action des causes, suivant certaines constitutions atmosphériques, suivant les idiosyncrasies individuelles et une foule d'autres circonstances accessoires. Or, ne conçoit-on pas facilement que des nuances si diverses, si multipliées d'irritation gastrique, gastro-entérique, entéro-folliculeuse, entéro-mésentérique, gastro-splénique, gastro-hépatique, gastro-ganglionnaire, etc., puissent provoquer une infinité de symptômes différents, locaux et généraux, sympathiques ou fébriles ?

La symptomatologie des fièvres intermittentes remonte à l'antiquité la plus reculée. Déjà un grand nombre des phénomènes qui les caractérisent avaient été indiqués par Hippocrate ; mais ce n'est guère qu'à dater du seizième et du dix-septième siècle, époque où l'on a commencé à tracer quelques épidémies de fièvres rémittentes et intermittentes, que la médecine possède des descriptions détaillées et faites d'après nature sur des masses d'individus. Dès qu'on eut rassemblé beaucoup de faits, décrit bon nombre d'épidémies qui toutes différaient entre elles par quelques symptômes plus ou moins remarquables, l'esprit des observateurs, surchargé de tant de phénomènes divers qui ne se rapportaient à rien de fixe et de matériel, fut naturellement porté à les diviser en plusieurs groupes, tant pour soulager la mémoire, que pour mieux s'orienter dans les indications thérapeutiques; de là les divisions ou distinctions des fièvres intermittentes en *nerveuse*, *inflammatoire*, *gastrique* ou *bilieuse*, *putride*, *muqueuse*, *adynamique*, *catarrhale*, *ataxique*, *vermineuse*, *dysentérique*, etc.

Les auteurs qui nous ont donné l'histoire de la fièvre intermittente, limitée à un groupe de symptômes nerveux regardé comme prototype, n'ont réellement décrit qu'une seule des mille nuances que peut revêtir cette fièvre, et encore n'est-ce là qu'une de ses nuances d'invasion. Aussi conviennent-ils que la fièvre intermittente nerveuse, dans son état de simplicité, *est assez rare*, et qu'il suffit d'une erreur de régime, ou seulement de la répétition des accès, pour qu'on voie, suivant la disposition des individus, *le groupe nerveux essentiel se perdre dans des compli-*

cations gastriques, gastro-céphaliques, gastro-pneumoniques, etc.! Ils conviennent *que ce sont ces complications qui seules rendent cette fièvre plus ou moins grave et qui font périr les malades !*

Quand on examine attentivement les différents tableaux que nous ont laissés de la fièvre intermittente en général la plupart de nos devanciers, on reconnaît partout une tendance à quelque irritation ou congestion viscérale. C'est ce que Sarcone a vu dans toutes les fièvres intermittentes qu'il a observées à Naples. Il en est de même de Lancisi et surtout de Baglivi à Rome. Mais les symptômes décrits par beaucoup d'auteurs ne nous apprennent le plus souvent rien de positif à cet égard, parce que leurs tableaux manquent de détails propres à éclairer ce point important du diagnostic. Comme ils n'eurent jamais pour but de découvrir des organes malades, ils ne mirent aucune importance à recueillir les signes qui pouvaient les indiquer : ce qui le prouve, c'est la différence qu'on trouve à cet égard entre les observations des anciens et celles des modernes ; dans celles-ci, il est beaucoup plus facile de décider quel est ou quels sont les organes dont la lésion provoque les phénomènes fébriles. Mais, quelque incomplets qu'ils soient sous ce dernier rapport, n'oublions pas que les tableaux tracés par les grands observateurs de l'antiquité sont frappés au coin de la vérité dans ce qu'ils renferment, puisque la nature nous les représente encore aujourd'hui sous les mêmes formes qu'il y a deux mille ans : causes, symptômes, durée, pronostic, tout a été indiqué par eux. Joignons donc l'observation et l'expérience de nos devanciers aux recherches multipliées, aux observations plus complètes et plus concluantes qui ont été faites de nos jours, afin que de cet ensemble résulte une masse de faits assez imposante pour résoudre les principales questions relatives aux fièvres dont il s'agit.

On ne peut pas espérer et l'on ne doit pas attendre que la nature vienne, spontanément et dans un certain nombre d'années, se présenter à nous entièrement à découvert dans ses opérations physiologiques et pathologiques ! Non, tant qu'on ne fera aucun effort pour les pénétrer, ces opérations, les années s'écouleront inutiles ; les faits continueront à être entassés sans fruit, sans nulle conséquence, et l'on en restera au même point qu'auparavant. Combien de fois au contraire n'arrive-t-il pas qu'en cherchant à deviner le but de la nature, à la surprendre en quelque sorte dans ses opérations organiques, on ne finisse par les découvrir

réellement ! Pourquoi ? parce que des faits auxquels on n'aurait point pris garde sans cette anticipation de la théorie, sont dès lors observés et viennent en consolider les points les plus faibles, en éclairer les points les plus obscurs. Certes on ne peut pas dire que les faits nous manquent ! Il n'y a peut-être pas dans toute la pathologie un genre de maladie sur lequel on ait tant écrit et rassemblé un plus grand nombre d'observations que sur les fièvres intermittentes. Que reste-t-il donc à faire si ce n'est de tirer parti de ces faits, de les rapprocher les uns des autres, de les comparer entre eux pour en tirer des conséquences utiles, pour en déduire des principes théoriques satisfaisants, et surtout des règles plus sûres dans l'application des moyens thérapeutiques ?

Aujourd'hui plus que jamais les progrès de la physiologie et de l'anatomie pathologique nous font sentir le besoin d'une bonne théorie, ou d'une théorie déduite de l'observation rigoureuse des faits. On ne veut plus agir en aveugle, ni d'une manière absolument empirique, sans se rendre compte de rien. On veut savoir à la fois comment il faut agir et pourquoi l'on doit agir plutôt de telle manière que de telle autre; on veut savoir où est la maladie, ce qu'elle est, comment agit le remède et sur quels organes il porte plus spécialement son action pour amener la guérison. Or, tout cela ne peut être que le résultat d'une bonne théorie. Mais, pour qu'une théorie mérite ce titre, il faut qu'elle puisse embrasser et réunir le plus grand nombre des faits sous un même point de vue; il faut qu'elle serve à nous rendre compte de ces faits d'une manière satisfaisante; il faut non seulement que toutes les observations anciennes et modernes puissent s'y rattacher, mais il faut encore qu'aucune d'elles tant soit peu importante lui soit directement opposée, parce qu'à celle-là peuvent s'en adjoindre d'autres semblables, et une telle contradiction tendrait à prouver le peu de fondement de ses bases fondamentales. Sans doute, en médecine comme dans les autres sciences, et plus que dans toute autre science, il n'y a rien de vrai sans exceptions; sans doute la variété et la dissemblance des faits peuvent quelquefois en imposer; mais si l'on examine de bien près et sous toutes leurs formes les faits exceptionnels, si l'on tient compte des circonstances, surtout celles relatives aux idiosyncrasies individuelles, on finira par reconnaître qu'ils se rattachent tous à un petit nombre de lois organiques dont l'uniformité et la constance

ne peuvent être révoquées en doute. Hé bien! examinés attentivement sous ces divers rapports, tous les principaux faits anciens et modernes, en un mot tous les tableaux qui existent de la fièvre intermittente en général, indiquent constamment une irritation ou une lésion locale, le plus souvent une congestion sanguine sur quelques uns des principaux viscères, et en particulier sur la muqueuse digestive. Quelquefois l'irritation de cette membrane n'est pas plus marquée que celle des autres viscères au début de la fièvre; durant les premiers accès, plusieurs organes importants paraissent souffrir au même degré, surtout chez les individus jeunes et pléthoriques, comme dans les observations rapportées sous les nos 445, 446, 447, 448, 449. Ce sont ces cas particuliers qui constituent l'intermittente inflammatoire des auteurs; mais on sait que plusieurs d'entre eux rejettent cette espèce de fièvre; et, d'après l'observation de ceux-là mêmes qui l'admettent, elle n'a point une existence et une marche bien déterminées, puisqu'ils conviennent que l'intermittente inflammatoire ne dure jamais long-temps sous cette forme, et qu'après un certain nombre d'accès elle *perd son caractère de simplicité!* c'est-à-dire qu'alors l'indécision sur son siége et sur sa nature venant à cesser, on dit que *la fièvre se complique de la phlegmasie d'un ou de plusieurs organes!* c'est-à-dire que l'irritation inflammatoire, qui d'abord paraissait envahir simultanément les organes digestifs, cérébraux, pulmonaires, etc., devient prédominante dans l'un d'eux, et particulièrement dans la muqueuse digestive, qui est celui de tous les viscères qu'elle affecte de préférence! Aussi Stoll, Cullen et Pinel pensaient-ils que beaucoup de fièvres intermittentes dites *inflammatoires* eussent été *mieux placées* au rang des intermittentes gastriques.

Il peut arriver aussi, suivant la disposition des malades, que l'irritation se fixe et devienne prédominante ailleurs que dans les organes digestifs: chez les vieillards, chez les enfants aux époques de la dentition, chez les personnes très appliquées à l'étude, le cerveau s'affectera de préférence, et il y aura selon les auteurs *complication de fièvre pernicieuse, soporeuse, convulsive ou délirante.* Chez les jeunes gens dont le système pulmonaire est très irritable, qui se livrent à des exercices fatigants et rapides, ou qui s'exposent à des intempéries atmosphériques, les poumons attireront sur eux la congestion inflammatoire, et il en résultera des *complications de fièvres intermittentes catarrhales ou péripneu-*

moniques. Chez les filles pubères et non réglées, chez les femmes nouvellement accouchées, ce sera sur la matrice et le péritoine que se portera l'irritation inflammatoire, comme dans l'observation sous le nº 450. De là, selon quelques auteurs, *les complications de fièvres rémittentes pernicieuses chlorotique, hystérique et puerpérale.*

Ainsi, deux nuances d'invasion de la fièvre intermittente ont servi à distinguer deux groupes fébriles *essentiels* sous les noms de *fièvre intermittente nerveuse, fièvre intermittente inflammatoire.* Les phénomènes nerveux et pléthoriques qui ont servi à les caractériser n'excluent point les symptômes gastriques, puisqu'on les retrouve dans la plupart des descriptions qu'on a faites des groupes dont il s'agit. Prenons, par exemple, l'intermittente inflammatoire de Sydenham, de Pringle, de J. Frank, de M. Fizeau, nous y trouverons la céphalalgie, la soif, la langue rouge à son pourtour et blanche à son centre, l'inappétence, les dégoûts, la constipation ou la diarrhée. Dans les intermittentes inflammatoires observées par Lind et Huxham, on trouve les envies de vomir, les vomissements, en un mot, un dérangement très sensible des fonctions digestives joint aux symptômes d'une pléthore générale. Hoffmann, Selle, Cullen, dans la description de leur fièvre nerveuse, ont réuni plusieurs symptômes qui indiquent manifestement le trouble ou l'irritation des organes digestifs. On sait que dans les intermittentes *bilieuse* et *muqueuse*, le professeur Pinel, à l'exemple de plusieurs bons observateurs, tels que Tissot, Finke, Rœderer et Wagler, reconnaissait une véritable lésion de la muqueuse digestive. Quant aux symptômes *ataxique* et *adynamique*, il est reconnu depuis long-temps qu'ils peuvent compliquer chacune des espèces précédentes ; et depuis les faits recueillis par M. Prost, depuis les importantes recherches et analyses physiologico-pathologiques qu'on doit à M. Broussais, ces phénomènes ont cessé de former des entités fébriles à part ; ils ont été assez généralement considérés comme sympathiques d'une lésion viscérale plus ou moins grave, particulièrement des organes digestifs. Cependant quelques médecins, tels que MM. Chomel, Récamier, etc., paraissent encore tenir à l'existence d'une *intermittente adynamique essentielle !* D'autres, parmi lesquels nous citerons MM. Fizeau, Nepple, etc., ne veulent point que l'on confonde les fièvres intermittentes dites *muqueuse* et *bilieuse* ou *gastrique !* Mais ne suffit-il pas d'analyser le tableau de la

fièvre muqueuse *tracé de main de maître* (1) dans la *Nosographie philosophique*, pour se convaincre qu'aucun symptôme important ne le distingue du tableau de l'intermittente gastrique, si ce n'est des *déjections* dans la première période de l'accès, et la *somnolence* dans la seconde ? Or, cette différence, comme celle relative au plus ou moins de frisson, de chaleur, de sueur, est-elle assez importante pour qu'on doive en faire un groupe fébrile particulier, d'autant plus qu'il n'y a rien de fixe à cet égard pour l'intermittente gastrique elle-même?

D'ailleurs, nous ne voulons point contester que la fièvre intermittente puisse revêtir chacune des formes dont on s'est servi pour la diviser en autant d'espèces particulières : bien loin de là, nous pensons qu'on aurait pu porter beaucoup plus loin ces sortes de distinctions, et augmenter considérablement le nombre de ces espèces ou entités fébriles sans épuiser encore toutes les nuances de formes que la fièvre intermittente peut présenter suivant une infinité de circonstances relatives à l'âge, au sexe, au tempérament, à la constitution atmosphérique, aux idiosyncrasies, aux modes d'action de certaines causes, etc. Mais veut-on établir l'existence à part de chacune de ces espèces de fièvres, qui n'ont souvent pour toute différence que l'apparition ou la modification de quelques symptômes fugitifs? alors commence la difficulté. Veut-on placer ces nouveaux groupes fébriles dans un cadre nosologique? veut-on tracer leur physionomie individuelle, en un mot, faire pour chacune d'elles une histoire particulière? alors l'indécision arrive; alors les couleurs, les matériaux manquent. On a beau faire saillir quelques petites différences, il est facile de se convaincre que c'est toujours la même maladie à différents degrés ; et quelques efforts que l'on fasse, quelque habileté de rédaction qu'on emploie, on ne peut s'empêcher de remarquer l'analogie des faits, la ressemblance des traits caractéristiques, et par conséquent des répétitions continuelles dans l'énumération des causes, dans la description et la marche des symptômes et dans les méthodes de traitement. Pour s'en convaincre il suffit de lire les auteurs modernes qui ont voulu conserver toutes les anciennes divisions de la fièvre intermittente, et traiter successivement des intermittentes *inflammatoire*, *bilieuse*, *muqueuse*, *adynamique*, *nerveuse* et *ataxique* : ils se répètent sans cesse;

(1) Boisseau. *Pyréthologie*, 4e édit., 1830.

ils s'embrouillent et se perdent dans leurs subtiles distinctions; leurs encadrements sont forcés et tellement arbitraires qu'on aperçoit toujours les mêmes traits caractéristiques à travers cet échafaudage de symptômes fugitifs, ou ce papillotage différent à l'aide duquel on parvient quelquefois à les travestir, jamais à leur imprimer un véritable cachet d'originalité et d'individualité.

Enfin, ce qui établit l'identité de la lésion locale primitive et ordinairement gastro-entérique, ce qui prouve qu'il n'y a que cela de bien réel et de vraiment essentiel dans l'histoire de la fièvre intermittente ordinaire, c'est la mobilité de tous les symptômes fébriles ou sympathiques, non seulement suivant les nombreuses et très grandes différences de constitutions atmosphériques et individuelles, mais encore chez le même individu durant le cours de la même fièvre. Les faits prouvent qu'on peut voir saillir successivement et à chaque nouvel accès une nouvelle forme fébrile, c'est-à-dire différents symptômes nerveux, cérébraux, bilieux, pulmonaires, hépatiques, dysentériques, etc., et au moment où l'on allait prononcer que la fièvre intermittente était *bilieuse* ou *hépatique* par exemple, un nouvel accès survient qui indique qu'elle est *catarrhale* ou *pleuro-pneumonique*. Le professeur Baumes rapporte l'exemple d'un médecin de Montpellier, affecté d'une fièvre intermittente qui avait déjà eu plusieurs récidives; le type en était tantôt rémittent, tantôt tierce ou double-tierce; le malade, déjà très affaibli, présentait à chaque accès une couleur ictérique très prononcée; l'engorgement du foie était facilement reconnu par le toucher. On n'osait employer le quinquina, dans l'idée que la fièvre pouvait être *utile pour fondre l'embarras hépatique*. Mais pendant que le malade était à l'usage des sucs d'oseille et de carotte jaune, les accès prirent une forme péripneunique si violente qu'il fallut se décider promptement à l'emploi du quinquina, qui emporta la fièvre, et peu à peu l'engorgement du foie disparut. M. Broussais rapporte plusieurs exemples remarquables de cette mobilité dans les symptômes accessoires de la fièvre intermittente gastro-entérique. Dans un cas de ce genre les symptômes de l'accès étaient tour à tour ceux de la péritonite, d'une syncope, d'une péripneumonie, d'une hémoptysie (1). La fièvre intermittente épidémique, observée par Sydenham en 1679,

(1) *Traité des phlegmasies chroniques*, 4e édit., 1829.

présentait des accès remarquables, par une toux plus ou moins violente et semblable à la coqueluche. La suffocation et le transport au cerveau n'étaient prévenus que par le prompt usage de la saignée, qu'il fallait répéter plusieurs fois, selon les cas. Tissot, dans l'épidémie de fièvres rémittentes bilieuses de Lausanne, a observé non seulement la forme *bilieuse*, mais encore des formes *inflammatoire*, *muqueuse*, *vermineuse*, et même la forme *hystérique*; Lanzoni la forme *épileptique*, dans l'épidémie si meurtrière de Finale, où plus de trois cents enfants succombèrent à une gastro-hépatite périodique; tous devenaient jaunes en quelques jours et succombaient en présentant les symptômes de l'épilepsie. Médicus, dans l'épidémie de fièvres intermittentes qui régna à Manheim en 1759, observa des formes *convulsive* et *épileptique*, et même tous les symptômes du tétanos, et pourtant l'autopsie qui faisait voir *tout le canal alimentaire frappé de sphacèle*, laissait peu de doute sur la nature de la maladie. Dans d'autres épidémies, d'autres observateurs, comme Johnson au Bengale, Cassan aux Antilles, Moris en Sardaigne, etc., ont reconnu des formes *carotique*, *cataleptique*, *cholérique*, *typhoïde*, *dysentérique*, etc., et dans tous ces cas de fièvre intermittente, la nature de la lésion locale était évidemment inflammatoire, et son siége dans le canal digestif. « On peut estimer, disent Rœderer et Wagler, que la source des fièvres abdominales n'est autre qu'une fièvre intermittente, de laquelle proviennent toutes les autres, même les fièvres malignes les plus pernicieuses... L'épidémie que nous allons décrire tirait manifestement son origine d'une intermittente qui avait précédé... En effet, pendant les mois précédents, et surtout en août et septembre, il régna de véritables fièvres intermittentes jusqu'à l'apparition de l'épidémie dysentérique et muqueuse; même au commencement de cette nouvelle constitution, observait-on çà et là diverses intermittentes déjà plus ou moins dénaturées, accompagnées de diarrhée fréquente et s'éloignant de leur première forme... Une observation assez commune démontre manifestement l'analogie de la fièvre intermittente avec l'affection dysentérique, c'est qu'en automne, lorsqu'une intermittente avait été coupée avec l'écorce du Pérou, elle se résolvait d'une manière critique par une dysenterie subséquente (1). »

(1) *Traité de la maladie muqueuse*, p. 39 et 41.

Nous venons de voir des variétés de forme bien remarquables, tantôt chez le même individu et durant le cours de la même fièvre intermittente, tantôt chez des individus différents, pendant une épidémie donnée. D'autres fois, c'est à de plus longs intervalles et par suite du changement de saison, ou par suite de variations atmosphériques plus ou moins considérables et rapides, qu'on voit se manifester des phénomènes divers, *catarrheux*, *ataxiques*, *muqueux*, *adynamiques*, *bilieux*, etc. Cette vérité, déjà mise en évidence par le célèbre professeur du Val-de Grâce, a été confirmée par différents observateurs, entre autres par le professeur Baumes, qui dit avoir vu plusieurs fièvres rémittentes ou intermittentes qui, en prolongeant leur durée et sans perdre leur caractère primitif, prenaient une nuance *inflammatoire* sur la fin de l'hiver; au printemps, une forme *catarrhale;* au commencement de l'été, *un fond putride*; en automne, un *génie bilieux*, et puis encore une *tournure atrabiliaire*. Ces nombreuses anomalies de symptômes, suite de la même irritation à différents degrés, ou de diverses irritations accessoires et sympathiques dans le cours de la fièvre intermittente et rémittente en général, ne prouvent-elles pas qu'il n'y a rien de fixe, rien de certain dans cette fièvre, si ce n'est la lésion primitive ordinairement gastrique ou gastro-entérique? Cette lésion a été reconnue sur le vivant et confirmée sur les cadavres par les observateurs dont nous venons de parler; et certes on ne peut pas dire que Lanzoni, Sarcone, Baglivi, Médicus, Tissot, Rœderer, et Wagler, Baumes, etc., se soient concertés sous ce rapport en faveur de la doctrine physiologique!

D'un autre côté, l'observation des praticiens qui ont été à même d'étudier la fièvre intermittente dans des climats opposés, et sous diverses latitudes, comme MM. Broussais, Fodéré, Audouard, Chervin, Johnson, Bailly, etc., prouve que la même fièvre intermittente peut se présenter sous des formes différentes, suivant les lieux où elle se développe : telle fièvre intermittente qui se montre bénigne dans la Bresse, devient plus grave aux îles d'Hyères, et se trouve constituer une véritable pernicieuse délirante, soporeuse ou apoplectique, dans les Etats romains ou napolitains. Quelle différence n'y a-t-il pas entre la même fièvre observée dans la Sologne ou à Rochefort, dans la Hollande ou en Sardaigne et au Bengale! Dans les pays très chauds, l'irritation de la muqueuse digestive se transmet rapidement au cer-

veau ; c'est une gastro-céphalite dans laquelle bien souvent les phénomènes nerveux ou cérébraux deviennent prédominants, et effacent même entièrement les symptômes gastro-entériques. Enfin, toutes choses égales d'ailleurs, la même fièvre intermittente, attaquant différents individus, pourra être inflammatoire chez l'un, bilieuse chez l'autre, muqueuse chez un troisième ; puis nerveuse, ataxique, putride, adynamique chez un quatrième, un cinquième, un sixième, suivant les dispositions individuelles, le régime, les affections morales, etc. Cette dernière influence, pouvant changer à chaque accès, peut encore lui imprimer, chez le même malade et dans le cours de la même fièvre, un aspect différent ou des nuances de symptômes plus ou moins remarquables. « A chaque cas nouveau, dit l'illustre auteur des *Rapports du physique et du moral*, on croirait d'abord que ce sont de nouveaux faits, mais ce ne sont que d'autres nuances. Dans l'état pathologique, il n'y a jamais qu'un petit nombre de phénomènes principaux ; tous les autres résultent de leur mélange et de leurs différents degrés d'intensité. L'ordre dans lequel ils paraissent, leur importance, leurs rapports divers, suffisent pour donner naissance à toutes les variétés des maladies. A partir de la douleur la plus faible jusqu'à la plus insupportable, de l'incommodité la plus simple jusqu'à la maladie la plus compliquée, de la fièvre éphémère jusqu'aux fièvres pestilentielles, on n'observe partout que les mêmes formes, les mêmes traits, les mêmes couleurs générales. C'est de leurs alliances, de leurs teintes opposées ou combinées, c'est de leur concordance ou de leurs contrastes que la nature fait sortir cette multitude de tableaux si différents les uns des autres au premier coup d'œil (1). » Il n'y a pas de maladies auxquelles ces réflexions si judicieuses de Cabanis ne soient plus directement applicables qu'aux affections périodiques en général, et surtout aux fièvres intermittentes et rémittentes ordinaires. Nul doute que, dans l'étude et l'observation de ces fièvres (quelque nombreuses et variées que puissent être les nuances de symptômes qui les caractérisent), oui, nul doute qu'on n'arrive, en dernière analyse, à une seule chose vraiment essentielle, primitive et constante, à la lésion d'un ou de plusieurs viscères, et en particulier des organes digestifs. C'est sur ces derniers organes, comme nous le verrons, que vont retentir

(1) *Du degré de certitude de la médecine.*

plus ou moins directement toutes les causes, et c'est de là qu'émanent le plus souvent les phénomènes sympathiques si nombreux et si variés que peuvent présenter les fièvres dont il s'agit.

De tout ce que nous venons de dire ne peut-on pas déjà conclure avec raison qu'il faut rapprocher de l'intermittente gastrique ou gastro-entérique, toutes les fièvres intermittentes nerveuse, inflammatoire, muqueuse, ataxique, catarrhale, adynamique, algide, vermineuse, convulsive, comateuse, épileptique, etc., des auteurs anciens et modernes? D'ailleurs n'a-t-on pas vu que toutes ces prétendues espèces ou entités fébriles se rattachaient par quelques symptômes à la fièvre intermittente bilieuse ou gastrique, reconnue généralement comme la plus ordinaire et la plus fréquente de toutes les fièvres d'accès? Enfin, n'a-t-on pas vu que, sous l'influence d'une irritation gastro-hépatique et gastro-entérique, rendue évidente par les autopsies, comme dans les épidémies observées par Lanzoni, Sarcone, Baglivi, Médicus, etc., toutes les autres espèces ou variétés de fièvre intermittente pouvaient se manifester tour à tour et durant le cours de la même épidémie?

Nous avons commencé par établir qu'il n'y avait rien d'exclusif dans la théorie physiologique des fièvres intermittentes, puisqu'elle devait embrasser tous les faits et n'être que leur expression. Nous terminerons encore par là, et, pour ne laisser aucun doute à cet égard, nous rapporterons des faits qui indiquent la prédominance des symptômes inflammatoires du cerveau, des poumons, de la matrice, sur ceux de la muqueuse digestive, et d'autres dans lesquels on reconnaîtra la prédominance des irritations nerveuses cérébrales ou cérébro-spinales. Nous ne saurions établir dans quelles proportions, sur un nombre donné de fièvres intermittentes et rémittentes ordinaires, a lieu cette prédominance de symptômes différents de ceux qui indiquent la lésion du canal digestif; tout ce que nous pouvons dire, d'après l'observation d'un grand nombre de praticiens anciens et modernes, c'est qu'elle est fort petite, comparativement aux faits nombreux et presque constants dans lesquels l'irritation gastro-entérique joue le principal rôle. Les ouvrages modernes des médecins eux-mêmes qui s'efforcent d'être en opposition avec la doctrine physiologique, comme MM. Bailly, Chomel, Nepple, Faure, Maillot, nous confirment dans l'opinion que nous venons d'émettre, puisque la majorité de leurs histoires particulières de fièvres intermittentes

et rémittentes prouve la souffrance durant la vie et l'altération après la mort des organes digestifs.

Déjà l'on ne pouvait douter de la nature et du siége de la plupart des fièvres intermittentes ordinaires, d'après l'analogie très grande que nous avions reconnue entre celles-ci et les fièvres intermittentes pernicieuses, puisque, de l'avis de presque tous les auteurs, elles ne diffèrent les unes des autres ni par leur nature, ni par leurs causes, ni par la plupart de leurs symptômes, ni par leur traitement. Or, nous avons prouvé que les fièvres pernicieuses n'étaient le plus souvent que des phlegmasies rémittentes et intermittentes des viscères encéphaliques, pulmonaires et surtout gastriques. Nous avons vu que plusieurs de ces fièvres, comme les cardialgiques ou gastralgiques, les hépathiques ou atrabilaires, les cholériques, les dysentériques, etc., ne différaient des fièvres intermittentes ordinaires que par l'acuité ou la violence des symptômes gastriques, bilieux, entéro-muqueux ou folliculeux, qu'on rencontre presque toujours dans la description de ces dernières fièvres. A cette preuve déjà si puissante, tirée de l'analogie, pour prouver que toute fièvre intermittente est symptomatique d'une lésion inflammatoire des organes digestifs, nous en joindrons un grand nombre d'autres, tirées 1° de l'analyse d'un grand nombre de faits observés à des époques plus ou moins éloignées les unes des autres, par un grand nombre de praticiens différents et dont les opinions médicales sont souvent opposées aux nôtres ; 2° de l'examen du mode d'action des causes auxquelles on attribue généralement les fièvres intermittentes ; 3° de l'analyse des symptômes qui composent non seulement les tableaux particuliers qu'on nous a donnés de ces fièvres, mais encore ceux retracés dans la plupart des épidémies qui ont été observées jusqu'à ce jour ; 4° de certains modes de terminaison de la fièvre intermittente par le développement à l'extérieur ou à l'intérieur de diverses phlegmasies qui la remplacent par une espèce de mouvement critique, etc.; 5° de l'accord du plus grand nombre des auteurs anciens et modernes sur le siége de cette fièvre qu'ils placent directement ou indirectement dans les organes digestifs ; 6° de la grande majorité des faits d'anatomie pathologique qu'on possède touchant les fièvres dont il s'agit, et qui prouvent la lésion inflammatoire ou subinflammatoire de la muqueuse digestive et de ses annexes, le foie, la rate, le mésentère, etc.; 7° de certaines bases du traitement ou de certains préceptes

de thérapeutique généralement reçus et dont on ne peut s'écarter sans danger pour les malades. C'est d'après une telle masse de preuves tirées de sept sources différentes et qui formeront autant de chapitres séparés, que nous serons conduit à reconnaître que la fièvre intermittente ordinaire, simple ou bénigne, dépend quelquefois d'une irritation nerveuse ou inflammatoire du cerveau et de ses dépendances. quelquefois d'une lésion des poumons, du cœur, de la matrice, etc., et beaucoup plus souvent d'une irritation inflammatoire ou subinflammatoire des organes digestifs.

CHAPITRE PREMIER.

Ce chapitre se composera 1° d'un choix d'observations ou d'histoires particulières de fièvres rémittentes et intermittentes; 2° de l'analyse de ces faits et de réflexions théoriques et pratiques touchant les causes reconnues, les symptômes observés, et le mode de traitement suivi dans les faits dont il s'agit.

ARTICLE PREMIER.

CHOIX D'OBSERVATIONS OU D'HISTOIRES PARTICULIÈRES.

Comme il n'y a pas de moyens plus faciles et plus sûrs à la fois d'éclairer un sujet donné que de le faire précéder par les principaux faits qui le concernent; comme l'école des faits est à la fois la plus instructive et la plus convaincante, nous avons jugé convenable de rapporter ici bon nombre d'observations les plus importantes que nous ayons trouvées dans les annales de la science, en donnant la préférence à celles qui étaient suivies d'autopsies. Il était d'autant plus nécessaire, pour compléter l'histoire des fièvres intermittentes, de rapporter un certain nombre de faits, que nous avions suivi la même marche pour les autres irritations intermittentes internes et externes dont nous avions déjà tracé l'histoire; d'ailleurs, sans cette exposition de faits particuliers, notre description des causes et des symptômes relative aux fièvres dont il s'agit, aurait pu paraître arbitraire, ou bien n'être qu'une répétition fastidieuse de tous ces groupes de symptômes qu'on trouve entassés, classés, ou symétriquement arrangés dans certains cadres nosologiques, ou dans ces tableaux pyrétologiques, présentés et décrits sous les noms de

fièvres simples, de *fièvres nerveuse, inflammatoire, bilieuse, muqueuse, adynamique, ataxique,* etc.; groupes de symptômes et tableaux particuliers qui n'ont qu'un seul défaut, celui d'être si peu dans la nature, qu'il n'est pas donné à un praticien d'en rencontrer un seul parfaitement semblable à ceux qu'on nous donne pour modèles.

Sans adopter aucun ordre particulier semblable à celui des auteurs qui commencent régulièrement par la fièvre intermittente inflammatoire, et finissent par la fièvre ataxique ou nerveuse, nous n'avons eu qu'un seul but, celui de présenter des faits plus ou moins différents dans leurs nuances de formes et de couleurs, de manière à faire passer sous les yeux du lecteur un panorama de fièvres rémittentes et intermittentes, très varié comme celui de la nature, sans avoir la prétention d'en approcher pour la nuance et la variété des couleurs, qui, dans ses tableaux, se multiplient à l'infini suivant une multitude de circonstances relatives aux constitutions atmosphériques, à la nature des causes, et aux idiosyncrasies individuelles. Cela est si vrai, qu'on voit, sous l'influence des mêmes causes générales, un malade contracter une fièvre intermittente bilieuse, un autre l'intermittente inflammatoire; celui-ci une fièvre muqueuse, celui-là une intermittente ataxique ou nerveuse, tandis qu'un cinquième, un sixième, malade présenteront des nuances fébriles, adynamiques, putrides et typhoïdes.

Fièvre gastrique à différents types, continu, quotidien, tierce, etc.

N° 417. Vaillant, jeune militaire du 3e régiment de chasseurs, languissait à l'hôpital, affecté d'une intermittente gastrique, tantôt tierce, tantôt quotidienne, qui souvent avait dégénéré en continue et qui durait depuis dix-huit mois. Le cas était très difficile, l'épigastre fort douloureux, la langue d'un rouge vif sur ses bords et sa pointe, l'altération et l'anorexie bien prononcées. Lorsque je repris mon service, il y avait chez lui, à dater d'une dernière dose de quinquina, une fièvre continue avec dureté du pouls, chaleur mordicante, insomnie, agitation, urines rouges et rares, tiraillement de la face, coloration des pommettes, etc. Quinze sangsues à l'épigastre, petit-lait, solution de gomme acidulée pour boisson. Diminution des symptômes; seconde application de sangsues, chute de la fièvre. Le malade se trouve promptement assez bien pour prendre un peu d'aliment; mais tout-à-coup, après un très petit écart de régime, tremblement et frisson violent, début d'un nouvel accès de fièvre tierce. Les symptômes les plus saillants d'une phlegmasie gastrique se prononcent rapidement. Langue extrêmement sèche et fendillée. Troisième application de sangsues, eau de veau légère et émulsionnée, point de bouillon. Trois accès se succèdent, la contre-indication du quinquina pris par la méthode ordinaire, demeure évidente. N'attendant aucun effet favorable des révulsions externes, je me détermine à l'essayer en lavement. Deux onces, par-

tagées en cinq doses égales, étendues chaque fois dans quatre onces de décoction, sont injectées dans le rectum, le jour de l'apyrexie et toutes les trois heures. Il n'y eut pas d'accès le lendemain matin. Tisane et bouillons. Le rétablissement marche à grands pas, la langue pâlit et s'humecte; une petite toux qui ne dépend que de l'affection sympathique de la muqueuse pulmonaire, s'évanouit aussi; les fonctions digestives se font sans peine; lorsqu'une nouvelle excitation de l'estomac vient encore opérer le retour de la fièvre tierce et de tous les symptômes d'une gastrite violente. Le malade ayant repris des couleurs et de l'embonpoint, j'insiste sur les évacuations sanguines locales, la diète et les boissons délayantes. La longueur des accès diminue, mais ils reparaissent opiniâtrement à la même heure; circonstance qui annonce une terminaison difficile. Réitération du procédé qui avait déjà si bien réussi; même succès. Une troisième rechute, due encore à de semblables causes, suscita plus tard de nouveaux accès, accompagnés des mêmes phénomènes, et qui cédèrent au même moyen. (Chauffard, *Traité sur les fièvres essentielles*, 1825.)

Fièvre continue ataxique qui, en s'amendant, passe au type quotidien.

N° 418. Luce, domestique, âgé de trente-quatre ans, grand et bien musclé, est amené à l'hôpital, le 8 août, au second degré d'une fièvre ataxique. Traitement antiphlogistique, large saignée à la malléole; amendement visible le lendemain matin. Seconde saignée, pédiluve simple, cataplasmes aux bras. Au troisième jour, la tête paraît entièrement débarrassée. Pâleur de la face, yeux languissants, langue humide et muqueuse, pouls assez plein, assez ample, peu fréquent; urines légèrement sédimenteuses, mais abondantes; déjections alvines liquides, bilieuses. Lavements, tisane de tamarin; du reste même moyen. Au septième jour, la fièvre passe du type continu au type intermittent. Le soir à huit heures, le malade se trouvant d'ailleurs très bien, frisson subit d'une heure de durée, chaleur sèche et sueur qui se prolonge dans la nuit. Apyrexie le matin; appétit. Crème de riz. A huit heures du soir, retour des mêmes symptômes; tête pesante et douloureuse pendant l'accès, langue sèche, épigastre sensible. Le matin, je trouve la pointe de la langue très brune, desséchée et tout le reste de sa surface humide et muqueux. L'estomac me paraît disposé à se phlogoser. Petit-lait, etc. Troisième accès, Quatre lavements avec l'alcool et la poudre de quinquina. Suppression de la fièvre intermittente. Continuation des boissons rafraîchissantes; convalescence. Sortie de l'hôpital le 26 du même mois. Ce malade eut une rechute, due à une alimentation peu soignée et à sa voracité, qui guérit facilement; la fièvre fut aussi d'abord continue, puis intermittente. (*Id. ibid.*)

Fièvre gastrique continue qui passe au type intermittent.

N° 419. Thomas Boyer, jardinier, âgé de soixante-sept ans, tousse et expectore beaucoup dans le mois de juillet 1822. Il est pris au mois d'août d'une fièvre gastrique, dont il semble convalescent, lorsque le 22, à six heures du soir, se déclara un violent frisson avec froid glacial des extrémités, stupeur, léthargie, etc., suivi d'une chaleur âcre et intense, et d'un peu de sueur qui se manifesta dans la nuit du surlendemain. Administration d'une once de quinquina; mais à quatre heures de l'après-midi, retour d'un deuxième accès, encore plus terrible que le précédent. La stupeur ne fit que s'aggraver jusqu'au moment de la mort, arrivée le 26, à cinq heures du soir. Dans la matinée on lui avait fait prendre une once de quinquina. La langue était jaune et sèche, le ventre très météorisé.

Autopsie. — Altération profonde de la rate. Elle était si molle qu'elle se

réduisit en caillots de sang mal liés. Lavée, elle ne consista plus qu'en une espèce de réseau blanchâtre et inextricable. Injection profonde du système capillaire de l'estomac; la membrane muqueuse était presque noire. Larges plaques de même couleur dans les intestins grêles, avec destruction partielle de la muqueuse en plusieurs points, mais encore sans élévation des bords, sans végétation du fond qui la rendissent apparente. Épanchement séreux dans les ventricules et à la base du crâne. Vieilles adhérences entre les plèvres pulmonaire et costale. (*Id. ibid.*)

Fièvre intermittente gastrique qui devient rémittente et continue.

N° 420. Nicolas N***, âgé de trente-quatre ans, d'une faible constitution, avait souffert de temps à autre des indispositions provenant d'un dérangement des organes gastriques. Le 15 juillet 1818, vers midi, quelque temps après avoir mangé, il ressentit des frissons avec des tremblements, suivis de chaleur et de sécheresse de la bouche, soif, abattement universel, et d'un certain assoupissement; pendant la nuit sueur abondante. Le 16 au matin, il se sentit épuisé, quoiqu'il y eût rémission complète des symptômes. Vers les onze heures de la même matinée, il fut attaqué d'un nouvel accès plus violent que le précédent; la chaleur était plus intense. Vers les trois heures après midi il entra à l'hôpital de Leucade. Voici les symptômes qu'il présenta: peau sèche, chaleur mordicante, plus intense à la région épigastrique qu'ailleurs, pouls fort et fréquent, donnant 122 pulsations par minute; bouche sèche, soif, langue rouge sur les bords principalement; légère douleur à l'abdomen, céphalalgie; coma léger qui ne l'empêchait pas de répondre aux questions qu'on lui faisait; urines rouges et très chargées; respiration presque dans l'état ordinaire; sueur pendant la nuit. Le 17 au matin, rémission des symptômes; grand abattement dans les forces du malade. Il prend du quinquina qu'il vomit quelques instants après. A dix heures, nouvel accès plus intense encore que le précédent, offrant, après la période du frisson, un coma profond; pupilles dilatées. Il répondait difficilement aux questions qu'on lui adressait; pupille gauche plus dilatée que la droite; soubresauts des tendons, décubitus sur le dos; les membres du côté gauche, lorsqu'on les soulevait, retombaient promptement; ceux du côté droit n'offraient pas ce résultat. La différence de sensibilité était peu marquée; mais dans l'un et l'autre elle était moindre qu'à l'ordinaire. Lorsqu'on comprimait l'abdomen, le malade s'éveillait en donnant des signes de douleur manifestes; les traits du visage étaient tirés en haut. Ce paroxysme fut plus long que le précédent. Le 18, rémission bien moins apparente que le jour précédent; paroxysme vers huit heures et demie: coma profond, altération des traits du visage plus remarquable que dans le paroxysme précédent; pupille gauche plus dilatée, flaccidité des membres du côté gauche, respiration gênée, pouls fréquent et faible; le malade succomba vers une heure après midi.

Autopsie. — Dans la cavité du péritoine j'ai trouvé une sérosité peu abondante, mais trouble; la séreuse était légèrement enflammée; la muqueuse de l'estomac rouge, celle des intestins grêles rosée; la muqueuse des gros intestins n'offrait rien de remarquable. La rate était engorgée, ainsi que le foie; la vésicule du fiel contenait de la bile à l'état liquide; la vessie était pleine et distendue, la muqueuse dans l'état ordinaire. Les viscères de la poitrine étaient dans l'état naturel; les poumons un peu engorgés. On observait dans les vaisseaux de la pie-mère un léger engorgement; l'hémisphère gauche du cerveau présentait une consistance ordinaire; mais on remarquait un léger ramollissement vers le corps strié de l'hémisphère droit. (Alph. Ferrera, *Topographie méd. de l'île Leucade ou St-Maure.*)

Fièvre rémittente gastrique dont les derniers paroxysmes se joignent.

N° 421. Marie Sandinopola, d'une constitution nerveuse, âgée de seize ans, entra à l'hôpital de Leucade le 16 septembre 1817. Elle était atteinte de fièvre rémittente Cette malade, dès l'âge de quatorze ans, avait eu une attaque de paralysie du côté gauche de la face, précédée de pesanteur de tête, de céphalalgie, de vertiges et d'éblouissement. La sensibilité du côté gauche de la face était engourdie, ainsi que la motilité Depuis cette époque elle ressentit dans les membres du même côté, dans le bras surtout, des fourmillements; les mouvements de ces parties devenaient de plus en plus difficiles; leur sensibilité diminuait. Il y avait à l'époque où nous l'observâmes, affaissement du côté gauche de la face; quand la malade riait ou éternuait, ce côté restait impassible; elle ne pouvait fermer exactement les paupières de l'œil gauche, et les sens du même côté étaient affaiblis. A trois heures du même jour, elle eut un accès de fièvre avec frisson et suivi de chaleur. Pendant le paroxysme nous remarquâmes que le côté paralysé était sensiblement plus affecté; en même temps la malade était tourmentée par une céphalalgie intense du côté droit. Elle était dans un abattement extrême, offrant des signes de stupeur; décubitus sur le dos, avec une apparence manifeste de prostration générale. La prunelle du côté gauche était un peu dilatée, la peau chaude, le pouls fréquent, la langue rouge et sèche; il y avait constipation; la respiration était un peu gênée. Ce paroxysme fut de longue durée, et il n'était pas encore fini, lorsqu'un nouvel accès fébrile, plus intense que le précédent, apparut le 17. Les symptômes de celui-ci furent plus alarmants qu'ils n'avaient été jusqu'alors, et la malade succomba le 18 septembre à une heure du matin.

Autopsie. — Vingt-six heures après la mort. La muqueuse gastro-intestinale présentait une teinte rosée; le colon et la vessie étaient sains. Les organes thoraciques n'offraient rien de remarquable. Après avoir ouvert le crâne et incisé la dure-mère, on remarqua de la sérosité un peu opaque entre l'arachnoïde et la pie-mère de l'hémisphère droit. Les circonvolutions de la partie supérieure de cet hémisphère étaient un peu affaissées et plus épaisses que les circonvolutions environnantes. Le cerveau cédait à la pression des doigts plus facilement que partout ailleurs. L'endroit ramolli avait deux pouces environ de circonférence. Ce ramollissement s'étendait à peu près à un pouce de profondeur et offrait une couleur verdâtre. Il y avait peu de sérosité dans le ventricule droit, partout ailleurs dans l'encéphale il n'y avait rien de remarquable. (*Id. ibid.*)

Fièvre d'abord intermittente, puis rémittente, et qui devient continue adynamique.

N° 422. Angélique Jousse, âgée de dix-sept ans, bonne d'enfants, non encore réglée, commença à éprouver, en janvier 1811, de la fièvre avec un mal de tête, toux fréquente et sèche, vomissement spontané quelques heures après le repas, surtout lorsqu'elle se penchait en avant. Depuis son début, la fièvre revenait tous les soirs à quatre heures, et continuait pendant toute la nuit, avec un état de moiteur à la peau; le sommeil, assez bon, paraissait provoqué par les sueurs. A la fin de janvier, frisson instantané vers le matin, et depuis fièvre continue avec des frissons passagers. La chaleur était permanente tant que la malade restait au lit; aussitôt qu'elle se levait, elle sentait des frissonnements, etc. Le 23 février, jour de son entrée à l'Hôtel-Dieu: toux fréquente, coloration des joues, yeux vifs, chaleur à la peau, pouls fréquent, respiration

fréquente, inspiration douloureuse ; poitrine assez sonore ; langue blanchâtre à sa base, rouge à sa pointe et sur ses bords; soif aiguë, inappétence, dévoiement, légère tension du ventre. Le 24, même état. Julep béchique, avec addition d'un gros d'esprit de Mendérérus, chiendent, rob édulc. Le 28, langue rouge, sèche, offrant des papilles très prononcées; abdomen tendu, ballonné, légèrement douloureux par la pression; dévoiement, soubresauts; fièvre avec exacerbation très marquée le soir. Julep béchique, avec addition d'extrait de kina, un gros; esprit de Mendérérus, un gros; lavement de quinquina camphré, chiendent, rob édulc. *bis.* Le 3 mars, les lèvres et les dents sont fuligineuses; langue sèche, noirâtre et fendillée ; soif aiguë, dévoiement involontaire, pouls roide, 110 pulsations; respiration fréquente, 31 par minute ; chaleur sèche, assoupissement, pâleur de la face, accablement général, décubitus sur le côté droit.

(Je fis remarquer à M. Petit que notre prétendue fièvre adynamique serait une véritable inflammation.) Le traitement tonique fut continué à des doses plus fortes ; on appliqua des vésicatoires et des sinapismes aux jambes, etc. Le 7 mars, la face était pâle et décomposée, la langue un peu rouge et passablement humide, l'abdomen ballonné, douloureux; il y avait prostration générale, assoupissement, déjections involontaires; chaleur sèche et piquante à la peau, pouls serré, petit et fréquent. Mort dans la nuit.

Autopsie. — Le ventre était encore tendu sans être météorisé ; il n'était guère gonflé. L'incision de la paroi antérieure donna lieu à la sortie d'une quantité assez considérable de gaz; l'épiploon avait une couleur rouge foncée, la surface péritonéale de l'intestin grêle était généralement phlogosée, et d'un rouge très intense, qui approchait même de l'état livide en plusieurs endroits de sa longueur, principalement dans sa portion supérieure, où elle offrait une inflammation de l'étendue de près de deux pouces. On remarquait à la fin de l'iléon deux points gangréneux de neuf à dix lignes de diamètre, que l'on déchirait facilement; il n'y avait cependant pas perforation de l'intestin; la surface muqueuse était saine, à l'exception des endroits qui correspondaient directement aux points gangréneux mentionnés, où elle était noire et épaisse Il y avait en général dans les intestins beaucoup de liquides qui avaient à peu près la couleur et la consistance de la purée de pois secs. Le foie était très volumineux, vert d'olive à sa surface, et rouge blanchâtre à son intérieur; il était gras. Le poumon du côté gauche était légèrement carnifié, et offrait plusieurs indurations de la grosseur d'une noisette. Du côté droit, les surfaces contiguës des plèvres avaient contracté de vieilles adhérences; le poumon était sain et crépitant, sauf à la partie postérieure où une portion de son tissu, de la grosseur du poing, offrait un commencement d'homogénéité, telle que celle qu'on remarquait généralement du côté gauche. La surface interne de la trachée était généralement rouge, un peu épaissie, surtout à sa partie postérieure. (Lugol, à cette époque élève interne à l'Hôtel-Dieu.)

Fièvre intermittente quotidienne, bilieuse et ataxique.

N° 423. Au printemps de 1818, je fus appelé chez le sieur Cadot de Sancy, âgé de trente ans, d'un tempérament bilieux. Il se plaignait de douleurs aiguës dans tous les membres et dans les lombes; des nausées, bouche pâteuse, ventre libre, urine rouge et rare, peau sèche, brûlante; pouls grand, fréquent, mou; face abattue et jaunâtre, somnolence, accès de froid et tremblement très grand. Délayants acidulés. Le 8 mars, yeux larmoyants, face décomposée, abattue, langue sèche, âpre au toucher; soif vive et désir de l'eau froide, chaleur et sécheresse de la peau, déjections alvines, fréquentes et bilieuses, membres comme fracturés, insomnie, inquiétude. Les autres symptômes sont les mêmes; somnolence continuelle.

Le 9, nouvel accès; délire furieux, depuis trois heures du matin. Le 10, face terreuse; les yeux sont larmoyants, les sens obtus; légères vociférations, prostration extrême des forces, impossibilité de faire le moindre mouvement, roideur de la mâchoire inférieure : c'est avec beaucoup de peine qu'on parvient à introduire un peu de liquide dans la bouche; impossibilité d'en sortir la langue; sueur générale et abondante, pouls petit, très fréquent, irrégulier, respiration stertoreuse. Il meurt dans la journée, n'ayant pu prendre qu'un gros de quinquina et de serpentaire. (Destrès, *Médecine pratique.*)

Fièvre intermittente gastrique, type tantôt quotidien, tantôt tierce.

No 424. Un peintre âgé de cinquante-quatre ans, d'une constitution assez forte, après avoir éprouvé, pendant les premiers jours de vendémiaire an II, du malaise avec perte d'appétit, des lassitudes dans les jambes, et, de temps en temps, des éblouissements, des vertiges, des faiblesses, fut saisi le soir, vers trois ou quatre heures, de frisson dans le dos et les extrémités, avec tremblement pendant deux heures. La bouche, d'abord pâteuse, devint sèche; il y avait soif, céphalalgie, urines rouges, rendues fréquemment et en petite quantité. Ensuite la chaleur vint avec moiteur, d'abord au visage, puis par tout le corps, et dura pendant cinq ou six heures. Les urines furent plus abondantes; il y eut moins de céphalalgie et plus de soif. Le reste de la nuit, le malade dormit assez tranquillement. L'accès revint ensuite en quotidienne, quelquefois en tierce. Il présenta constamment les mêmes symptômes, mais à des degrés variables pour l'intensité. Le malade fut obligé de garder le lit depuis le premier accès. Il éprouvait une tendance continuelle au sommeil, et pendant la nuit des rêvasseries fréquentes. Les premiers jours de la maladie, il avait pris un purgatif; puis, pendant douze jours environ, demi-gros de quinquina avec la rhubarbe, ce qui produisait trois ou quatre selles par jour, et enfin six verres de décoction de kina en trois jours. Sa boisson était de l'eau vineuse. Le 9 brumaire, il fut reçu à l'hôpital de la Charité. Il avait la figure un peu jaunâtre, maigre; la bouche sèche, une soif habituelle; la langue sèche, un peu rude au toucher, un peu jaunâtre en devant et d'un brun noirâtre dans sa moitié postérieure; appétit nul. Légères sueurs pendant les accès; le malade était couché en supination; il se plaignait d'un sentiment de faiblesse et d'abattement général. Petit lait avec tamarin et miel, infusion de bourrache et poudre tempérante. Pendant la journée il y eut six selles liquides et sans douleurs. A quatre heures après midi, l'accès commença par des frissons dans le dos, puis aux mains et aux pieds, ensuite tremblement, soif, amertume de la bouche, etc. Le 10 au matin, apyrexie complète depuis quatre heures. Le malade a peu dormi; langue toujours sèche et noirâtre, soif toujours forte. Réponses un peu lentes, parole embarrassée; du reste mêmes symptômes et même prescription que la veille. Accès à trois heures après midi, après lequel le malade fut très fatigué; il dormit un peu durant la nuit et fit quatre selles. Le 11 au matin, apyrexie. Langue un peu humectée; le malade ne sent de douleur nulle part. Petit lait avec tamarin et miel, limonade végétale, julep simple et cinq bouillons. Accès à six heures du soir; mêmes symptômes qu'auparavant. Le 12, apyrexie le matin; soif moindre, quoique la langue soit toujours sèche et brunâtre. Douleur et tuméfaction à la parotide gauche. Accès à deux heures, symptômes moins intenses que les jours précédents. Mort du malade à trois heures après minuit.

L'autopsie a fait voir dans les cavités du cœur un peu de sang noirâtre coagulé. Le foie, volumineux et sain, se prolongeait à gauche par une lame de substance hépatique qui allait recouvrir la surface convexe de la rate. Celle-

ci, volumineuse, brunâtre à l'extérieur, présentait à son intérieur un tissu mou, sans consistance et de couleur de lie de vin. L'estomac, sain à l'extérieur, offrait près le grand cul-de-sac une très large tache rougeâtre; la surface interne de l'organe offrait, presque partout, de petites taches brunes, oblongues, et une coloration rougeâtre aux environs de ces taches. Les intestins étaient sains. (*Journal de Corvisart*, *Leroux*, etc., t. IX.)

Fièvre bilieuse intermittente double-quarte, puis quarte et enfin continue.

N° 425. Le docteur Blaud rapporte qu'un homme âgé de soixante-quatorze ans, d'une bonne constitution, commença à perdre l'appétit dans le mois de juillet 1819; peu après la langue devint rouge, sèche, luisante dans toute son étendue; apyrexie, point de douleur dans l'épigastre. Il survint dans le mois d'août suivant une fièvre symptomatique, irrégulière, d'abord double-quarte, puis quarte, que l'on regarda comme *essentielle*, et contre laquelle on employa le quinquina, comme dans les fièvres intermittentes ordinaires. Les accès cessèrent momentanément; mais l'anorexie devint extrême, la rougeur et la sécheresse de la langue acquirent beaucoup plus d'intensité; la fièvre reparut ensuite. Combattue encore par le quinquina, elle cessa, pour se développer de nouveau le 13 novembre. Nous fûmes alors, dit ce médecin, appelé en consultation; la nature de la maladie n'était point douteuse: six sangsues à l'épigastre (l'état des forces ne permettant pas une évacuation sanguine plus considérable), boissons adoucissantes, acidulées; crèmes farineuses pour toute nourriture, frictions sur l'intérieur des cuisses avec la teinture alcoolique de quinquina. La fièvre cesse; mais l'anorexie, la rougeur et la sécheresse de la langue persistent; la faiblesse est extrême. Le 1er janvier, un catarrhe pulmonaire vient compliquer la gastrite. Le 15, la fièvre reparaît sous le type quotidien: elle devient continue après l'administration d'un gros de quinquina, à laquelle nous eûmes la faiblesse condamnable de consentir; dès lors le dépérissement augmenta d'une manière rapide, et le malade expira le 27, à onze heures du soir.

L'autopsie fit voir la membrane muqueuse du pharynx, de l'œsophage et de l'estomac, rouge, enflammée dans toute son étendue, et plusieurs taches livides dans ce viscère autour de l'orifice cardiaque; point d'autre lésion remarquable. (*Bibliothèque médicale*, t. LXIX.)

Fièvre bilieuse intermittente tierce.

N° 426. Le docteur Arlin rapporte qu'un homme âgé de trente-deux ans, d'un tempérament bilieux, était sans appétit et avait le dévoiement depuis quelques jours, lorsque le 25 décembre 1812, à une heure après midi, il éprouva les symptômes suivants: lassitude générale, mal de tête pénible, grande faiblesse; bientôt frisson sur le dos, les lombes, et ensuite sur tout le corps; tremblement violent, soif vive, envies répétées de vomir, douleur assez forte à l'estomac. A ce stade de froid succéda une chaleur ardente et insupportable, accompagnée d'anxiété précordiale; elle fut suivie d'une sueur très abondante qui termina l'accès sur les huit heures du soir. L'apyrexie qui suivit ne fut pas complète, car il restait une grande faiblesse, de la céphalalgie et du dévoiement. Le 26 et 27, même accès, même apyrexie. Le 28, le malade transporté à l'hospice clinique de la Charité, présentait à huit heures du matin l'état suivant: coucher en supination; visage décoloré, couleur terne des yeux; enduit très épais de la langue qui est sèche et brunâtre à sa base; anorexie, tension des hypocondres; très grande sensibilité à l'épigastre, un peu de chaleur, pouls faible, dévoiement comme les jours précédents. Décoction de kina gris, trois verres; quatre gros en poudre; li-

monade végétale, diète. A une heure après midi, tremblement général, mal de tête plus violent, yeux fixes, parole brusque, réponses inexactes aux questions qu'on lui adresse; grande sécheresse, tremblement et légère teinte brune au centre de la langue, chaleur âcre et mordicante, vivacité du pouls, très grande sensibilité de l'épigastre et des hypocondres. L'apyrexie n'est pas plus complète qu'auparavant Le 29, accès pareil au précédent, fonctions intellectuelles un peu plus troublées. Mêmes moyens. Le 30, accès plus long, sueur très abondante, langue noire et contractée; délire, efforts du malade pour sortir de son lit; soubresauts des tendons, tension de l'abdomen, dévoiement plus abondant, odeur infecte. Vers les neuf heures du soir, le délire cesse; intermission manifeste. Le 31, à la visite du matin, état passable du malade. On prescrit deux vésicatoires aux jambes; on augmente la dose du quinquina, et on ajoute à la prescription des bols composés de parties égales de camphre et de nitre. Accès à la même heure, stade de froid très long, délire furieux, visage décomposé, yeux fixes, couleur plus noire de la langue, impossibilité de la sortir; selle involontaire, secousses générales du corps. Mêmes moyens. Le 13 janvier, prostration extrême, sans perte de connaissance; ventre ballonné, yeux enfoncés dans les orbites. A onze heures du matin, frisson général, tremblement considérable, mort du malade.

L'autopsie fit voir une certaine quantité de sérosité épanchée à la base du crâne, et les ventricules latéraux remplis de ce liquide. Les intestins étaient distendus par des gaz très fétides, et présentaient des points noirs, comme gangrénés, répandus çà et là avec ulcération de la membrane muqueuse; la vessie était distendue par les urines; tous les autres organes étaient sains. (Arlin, *Dissertation médic.*, 1813.)

Fièvre rémittente bilieuse et puis ataxique.

N° 427. Un enfant de douze ans, fortement constitué, berger dans la Bresse, était, en août 1824, malade depuis douze jours d'une fièvre rémittente bilieuse avec diarrhée, et privé de tout secours. A son entrée à l'hôpital il présentait les symptômes suivants : tous les soirs il survenait un frisson léger, bientôt remplacé par une chaleur générale, sèche et âcre, et par une céphalalgie frontale stupéfiante. La face était rouge avec teinte jaunâtre; cette couleur était surtout marquée sur la sclérotique, et se laissait entrevoir sur toute la peau La langue était sèche, comme racornie, la soif inextinguible, le ventre plat, douloureux, surtout à la région supérieure; le malade se perdait dans des paroles sans suite; les selles étaient fréquentes, très liquides et d'un jaune brun. Une rémission assez faible et sans moiteur commençait le matin. Le lendemain, je fais appliquer huit sangsues sur l'épigastre; le sang coule abondamment pendant douze heures; la face devient très pâle et altérée; il survient des défaillances et une accélération extraordinaire du pouls, avec un caractère misérable. Il y a moins de soif, mais les autres symptômes se soutiennent à peu près au même degré. Le froid du paroxysme suivant est plus prononcé et plus long. Dans le stade de chaleur, délire tranquille, moiteur au déclin. La diarrhée est toujours fréquente dans la rémission, pouls moins accéléré. Limonade gommée. Soif moindre, face d'un jaune pâle. Six grains de sulfate de quinine et dix gouttes de laudanum dans deux onces d'eau gommée. Le soir, à la même heure, frisson avec tremblement de deux heures, puis chaleur modérée, délire, cris et plaintes, pouls petit et très fréquent; ventre ballonné, assoupissement profond vers le matin. L'enfant est en supination, les bras étendus, les yeux ouverts, immobiles, ternes, la pupille dilatée, et respirant péniblement. Bientôt l'agonie se prononce, et la mort survient dans la nuit.

Nécroscopie. — Cerveau moins consistant qu'il ne l'est ordinairement

mais sans aucune trace de lésion ; tous les vaisseaux sont vides de sang. Estomac rouge et à rides très prononcées sur toute la surface muqueuse, contenant de la bile verte ; surface muqueuse du duodénum d'un rouge pointillé ; mésentère farci de glandes dures et blanches, intestins pâles, contenant beaucoup de bile et de vers lombrics ; foie très volumineux, gorgé de sang, moins consistant que dans l'état normal ; vésicule distendue par une bile brune et épaisse. (Nepple, *Essai sur les fièvres intermittentes*, etc.)

Fièvre intermittente gastrique qui passe au type continu.

Nº 428. Lebéi, âgé de trente ans, montagnard robuste, d'un caractère mélancolique, établi depuis deux ans dans une manufacture de draps en qualité de laveur de laines, est affecté à différentes reprises de fièvre tierce, et une fois de fièvre quarte. Les symptômes en étaient les suivants : frissons avec tremblement, nausées et vomissement bilieux dans le premier stade ; dans le deuxième, chaleur ardente, douleur fronto orbitaire intolérable, soif, langue rouge, lancéolée ; bouche amère, sensibilité épigastrique, constipation, sueurs modérées. Traités d'abord par les évacuants et le quinquina, ces accidents s'aggravèrent ; ils furent ensuite améliorés par le traitement antiphlogistique et les évacuations sanguines ; mais le fébrifuge, mis en usage avant la disparition complète de l'irritation gastrique, n'eut aucune prise sur les accès : ceux-ci ne cessèrent qu'à la longue, et après la suppression de tout remède actif. Dans l'espace de deux ans, Lebéi n'eut guère que cinq à six mois de bonne santé. Enfin il rentre à l'hôpital, dans le mois d'août 1821, avec une fièvre tierce pareille à la précédente. Tout indiquait une irritation fixe et permanente des organes digestifs, *compliquée* d'accès fébriles ; ceux-ci duraient de huit à dix heures, mais la sueur ne paraissait pas au déclin, et les symptômes gastriques persistaient dans l'apyrexie. L'inconduite de la femme du malade avait jeté celui-ci dans une mélancolie profonde. Tartre émétique, un grain ; vomissements bilieux sans soulagement ; accès suivant plus intense. Deux laxatifs ne font que maintenir les accidents. Du huitième au neuvième jour, on prescrit dans l'intermission trois gros de poudre de quinquina. Accès plus fort et plus prolongé, ventre douloureux, langue sèche, soif continuelle ; rémission seulement. Le onzième jour, douze sangsues sur le ventre, répétées le lendemain. La fièvre devient continue avec délire et prostration ; langue rouge, luisante, contractée ; œil hagard, visage plombé, loquacité sans fin, accompagnée de bégaiement sur le sujet de ses chagrins ; agitation continuelle des bras, ventre météorisé, douloureux ; déjections rares, liquides, jaunâtres ; rétention d'urine ; pouls intermittent et tremblottant ; exacerbation violente le soir. Eau gommée, camphre, quinquina. Les symptômes augmentent rapidement, et le malade succombe le quatorzième jour.

Nécroscopie. — Intestins distendus par des gaz fétides. Le jéjunum, l'iléum et le cœcum paraissent à l'extérieur parsemés d'un grand nombre de points noirâtres, entourés de plaques violacées de la largeur d'un centime, jusqu'à celle d'un écu de trois livres. A l'intérieur et au centre de ces taches se trouve un putrilage gangréneux, s'ouvrant en forme d'ulcération saillante sur la membrane muqueuse, et cernée par une induration livide, comprenant toute l'épaisseur de l'intestin. Les glandes mésentériques sont blanches, dures et de la grosseur d'une noisette. Le reste du tube intestinal est intact ; la membrane muqueuse de l'estomac est d'un rouge superficiel. Le foie est très volumineux, gorgé d'un sang noir, qui ruisselle abondamment sous le scalpel. La rate est également engorgée et sans altération de tissu. Une grande quantité de sérosité d'un jaune brun est répandue dans le ventre. La vessie est tendue, pleine d'urine et phlogosée. Le système veineux cérébral est dans un

état de plénitude; l'arachnoïde est enflammée légèrement; les ventricules cérébraux sont pleins d'eau. (*Id. ibid.*)

Fièvre rémittente bilieuse, puis entéro-mésentérique.

N° 429. Henri D***, âgé de vingt-six ans, de l'Auvergne, à Paris depuis trois ans, d'un tempérament bilieux, d'une assez forte constitution, fut pris le 30 août de frissons suivis d'une vive chaleur sans sueur, de dégoût, d'amertume de la bouche, d'étourdissement et de faiblesse. Le lendemain cet état s'aggrava beaucoup; il survint un léger dévoiement qui augmenta le 1er et le 2 septembre, avec une douleur de gorge et de la difficulté d'avaler. Le 3, la faiblesse fut très grande; il prend une forte médecine qui le fait beaucoup évacuer. Le soir, paroxysme, pendant la durée duquel il y eut un délire assez fort. Le 4, la peau est sèche, très chaude et mordicante; la langue couverte d'un enduit jaunâtre, peu humide, et tremblottante; le ventre était tendu, douloureux à la pression, la conjonctive injectée, l'œil larmoyant et peu vif; les réponses exactes quoique faites avec hésitation; pouls fréquent, assez développé; respiration accélérée, coucher en supination. Le 5, le ventre fut un peu plus tendu, douloureux par une légère pression. Décoction de quinquina, lim. rab. douze gouttes Hoff., demi-gros julep ant., camphre, un scrupule; garg., orge, miel rosat.

Le soir, paroxysme, conjonctive plus injectée; somnolence, commencement de délire et d'agitation. Pendant toute la nuit, délire considérable, agitation très grande, efforts pour sortir de son lit, crainte de la mort. Le 6 au matin, continuation du délire, et par intervalle somnolence légère; conjonctive très injectée, face animée, yeux brillants, ventre douloureux et tendu, langue noire et fuligineuse; point de selle, urine rougeâtre et trouble, pouls très fréquent, mou, facile à déprimer. *Idem*, plus vésicatoires aux jambes. Même paroxysme le soir.

Le 7, chaleur très grande, langue et dents sèches et fuligineuses; ventre douloureux, peu tendu et peu sonore; conjonctive injectée, celle de l'œil gauche surtout; cornée terne, paupières entr'ouvertes, et laissant à découvert le blanc de l'œil; œil tourné en haut, délire, agitation, tête penchée en arrière, loquacité, mouvements spasmodiques des muscles de la face, pouls extrêmement fréquent et petit (124 puls.), respiration fréquente. Le soir, face cadavéreuse, extrémités froides, pouls vermiculaire et à peine perceptible, tremblottement des lèvres, dents serrées. Mort à une heure du matin, le neuvième jour depuis l'invasion de la maladie.

Ouverture du cadavre. — Estomac sain, ainsi que les trois cinquièmes des intestins grêles. Les deux cinquièmes inférieurs offraient de loin en loin des taches rougeâtres sur le péritoine, qui étaient plus nombreuses à la fin qu'au commencement. L'ouverture de cette partie de l'intestin étant faite, on remarqua une multitude de boutons surpassant en volume de gros pois; ces boutons étaient arrondis, rosacés à leur base, et blanchâtres dans le reste de leur étendue; ils offraient tous dans leur milieu une petite ouverture que l'œil apercevait distinctement et que la loupe développait beaucoup. Cette ouverture paraissait être une bouche absorbante; une soie qu'on y introduisait ne pénétrait pas à deux lignes de profondeur. Ces boutons étaient très nombreux, le plus généralement séparés les uns des autres par l'intervalle de quelques lignes, mais quelquefois réunis deux à deux, trois à trois, etc. Ils formaient le commencement de plaques qui se remarquaient plus bas. On apercevait à la surface de ces plaques de petites ouvertures qui, par leur nombre et leur disposition, paraissaient correspondre aux boutons qui avaient concouru à leur formation. Ces plaques avaient quinze à dix-huit lignes d'étendue; elles étaient lisses, leur milieu était boursouflé et très sail-

lant; ce boursouflement diminuait à mesure qu'on s'approchait de leurs bords; ceux-ci se confondaient d'une manière insensible avec la membrane muqueuse, qui était rougeâtre aux endroits correspondant aux boutons et aux plaques.

Les premières plaques étaient blanchâtres comme les boutons qui les formaient; celles du milieu présentaient sur leur superficie des stries ou des bandelettes d'un rouge plus ou moins vif; enfin, celles de la partie inférieure de l'iléon présentaient un commencement d'ulcération, et offraient la disposition suivante: la superficie de ces dernières plaques était généralement rouge; vers le lieu où l'ulcération se formait, on remarquait un boursouflement et une rougeur plus considérables, au milieu de ce boursouflement une ouverture très petite qui augmentait peu à peu, et contenait une matière jaunâtre qu'il était difficile de détacher. Cette ouverture différait beaucoup de celle des boutons dont nous avons fait mention ci-dessus, car elles avaient un orifice arrondi, lisse et toujours d'une dimension égale pour tous les boutons; celles-là, produites par l'inflammation, étaient inégales, leurs bords découpés, et une partie de la muqueuse détruite. Les glandes du mésentère étaient engorgées et volumineuses, celles qui correspondaient à la partie moyenne de l'iléon étaient rougeâtres intérieurement et extérieurement; celles de la partie inférieure étaient un peu brunes à leur extérieur; l'intérieur était rouge, mais on y remarquait çà et là quelques points blanchâtres ressemblant assez aux tubercules des poumons des phthisies scrofuleuses. Le foie était sain. La rate avait un volume double de celui qu'elle a ordinairement, mais son tissu n'avait éprouvé aucune altération. Le pancréas était sain. Les poumons étaient gorgés à leur partie postérieure; le cœur sain. L'arachnoïde était légèrement rouge, et en quelques endroits opaque; la substance du cerveau était blanche, mais plus ferme qu'on ne la trouve ordinairement. Le ventricule latéral droit contenait une demi-cuillerée de sérosité sanguinolente; le cerveau était un peu plus rouge et un peu plus ferme que de coutume, du reste sans altération organique. (Petit et Serres, *Traité de la fièvre entéro-mésentérique.*)

Fièvre rémittente bilieuse, puis entéro-mésentérique, paroxysmes quotidiens.

No 430. Jean-François Martin, âgé de dix-huit ans, servant les maçons, de la Basse-Normandie, à Paris depuis cinq mois, d'un tempérament lymphatico-bilieux, et d'une constitution assez forte, fit une chute de vingt pieds de haut, le 7 août, à la suite de laquelle il n'éprouva aucun accident. Quinze jours après il ressentit du malaise, des douleurs dans tous les membres, une vive céphalalgie accompagnée de dégoût seulement, sans envie de vomir; rien de nouveau ne se joignit à cet état, jusqu'au 30 du même mois. Le 31, la faiblesse devint très grande: il y eut quatre selles; il se manifesta le soir une grande chaleur pendant la durée de laquelle il délira légèrement. Le lendemain la journée fut moins agitée; on lui appliqua douze sangsues au cou qui diminuèrent beaucoup la céphalalgie. Le soir, même paroxysme que termina une légère sueur. Le 2 septembre, il saigna du nez, sans en éprouver de soulagement; dévoiement beaucoup moins fort. Il eut le paroxysme le soir, ainsi que le lendemain. Il entra le 4 dans l'état suivant: sécheresse de la peau, chaleur mordicante et élevée; langue jaunâtre, peu humide; ventre peu douloureux à la pression, céphalalgie sus-orbitaire intense, délire léger et tranquille; pouls fréquent, vide, peu irrégulier, brisement des membres. Limon. végét., Hoffm., édul.; julep antisp. lim., pédiluve, moutarde, avec application d'eau froide sur la tête. Cessation du délire pendant et quelque temps après l'application d'eau froide. A sept heures du soir, redoublement de chaleur,

peau aride, injection de la conjonctive, augmentation de la céphalalgie, délire commençant et qui dura toute la nuit. Le 5, lèvres sèches et luisantes, bouche entr'ouverte, somnolence, réponses justes; deux selles la nuit. Limon. végét., Hoffm., édul., julep antisp., limon., pédil., moutarde, eau froide sur la tête. Le soir, même paroxysme.

Le 6, même état, même prescription. Le 7, diminution de la céphalalgie, somnolence, agitation légère, chaleur considérable à l'intérieur, qui force le malade à se découvrir à chaque instant; ventre non tendu et plus douloureux, deux selles liquides, jaunes; urines rougeâtres, avec un très léger sédiment floconneux grisâtre. Le 8, conjonctive plus injectée, délire tranquille la nuit, somnolence profonde et continuelle; paupières entr'ouvertes, ventre un peu plus douloureux; une selle; pouls très petit, vide et fréquent. Le 9 et 10, point de changement. Le 11, chaleur augmentée, rougeur de la face plus vive, langue brune et très sèche, tremblottante, ventre douloureux et un peu tendu, agitation, loquacité, diminution de la somnolence. Vers le soir, délire, loquacité continuelle. Décoct. quinq. édulc. Hoff., un gros (*bis*), julep antisp., extr. de quinquina, lim. végét, un sinapisme au pied. Le 12, extrémités froides, chaleur élevée et piquante au tronc, bouche entr'ouverte, langue brune au milieu et très sèche, blanchâtre et moins sèche sur les côtés; ventre tendu, point de selles, urines crues, somnolence profonde, délire tranquille, loquacité continuelle, mouvements convulsifs des lèvres, plaintes rares. Même prescription. Le soir, même paroxysme, conjonctive injectée, chaleur plus vive et inégale, pouls petit, très fréquent. Le 13, face décolorée, altération des traits, langue tremblante, ventre plus tendu, mouvement convulsif des lèvres, respiration très fréquente, pouls extrêmement fréquent. Même prescription, plus vingt gouttes d'eau de Rabel dans la limonade. Le soir, exacerbation habituelle, altération plus grande de la face, dents très fuligineuses, ventre plus tendu et plus douloureux; délire, loquacité, réponses justes, point de selle, pouls extrêmement fréquent et petit, agitation la nuit, efforts pour sortir de son lit vers trois heures du matin. Le 14, face cadavéreuse, froid très grand des extrémités, chaleur du tronc, ventre très tendu et sonore, délire, loquacité, dilatation et immobilité de la pupille, pouls vermiculaire, respiration haute et très fréquente, point de selle. Mort à six heures du soir.

Ouverture du cadavre. — L'estomac et le jéjunum ne nous offrirent rien de particulier. Vers le milieu de l'iléon, nous remarquâmes au travers de la tunique péritonéale, des taches plus ou moins volumineuses, formées par le rapprochement de petits points noirâtres, et affectant le plus généralement une forme carrée ou celle d'un losange. L'intestin ouvert, les premières plaques ne faisaient sur la membrane aucune saillie; les points noirs que nous avions aperçus étaient ronds, avaient environ un quart de ligne de diamètre, et étaient très symétriquement placés et à des distances égales les unes des autres. Les plaques moyennes formaient une saillie d'une ligne par le boursouflement de la membrane; ces points noirs étaient séparés par une portion membraneuse intacte et grisâtre, qui s'élevait au-dessus de leur niveau, de telle sorte que la pulpe du doigt, promenée sur leur surface, ressentait l'impression d'une granulation. Ces plaques mises sous un microscope, on remarquait que les petits points noirs étaient formés par la réunion de plusieurs autres, et présentaient à leur milieu une ouverture très petite. Aux endroits correspondants à ces deux ordres de plaques, la membrane était grisâtre sans nulle trace d'inflammation. A la partie inférieure de l'iléon, se trouvèrent des plaques plus volumineuses, qui s'annonçaient extérieurement par une couleur légère. A l'intérieur on observait sur leur surface une rougeur assez vive et des ulcérations sur divers points de leur étendue. Une de ces ulcérations avait rongé toute la membrane muqueuse, et laissait à nu la membrane

musculeuse qu'on distinguait aisément par les fibres dont elle était composée; cette dernière membrane nous parut intacte. Tout à l'entour de ces dernières plaques, et seulement à la partie convexe de l'intestin, la membrane muqueuse était injectée dans l'espace de quelques lignes; les vaisseaux capillaires qui environnaient les plaques se dessinaient parfaitement bien. En séparant la membrane péritonéale des plaques, nous déchirâmes plusieurs vaisseaux capillaires, nous ne pûmes jamais parvenir à isoler les membranes musculeuse et muqueuse; mais dans la partie correspondante aux plaques, les vaisseaux artériels étaient très injectés d'un sang rouge et vermeil. Nous observâmes, en faisant cette dissection, des filets nerveux assez gros qui perçaient la membrane péritonéale, et s'épanouissaient sur les membranes musculeuse et muqueuse; parvenu là, il nous fut impossible d'observer leur disposition. Les replis valvuleux de la membrane interne, très développés dans tout l'intestin, s'effacèrent peu à peu et disparurent entièrement sur les dernières plaques. Les gros intestins étaient dilatés, la membrane interne était un peu rosacée, et présentait dans toute son étendue et dans tous ses points une très grande quantité d'ulcères. Ces ulcères étaient ronds, le fond en était brunâtre; ils auraient contenu un gros pois à cautère. La membrane muqueuse était seule altérée, un peu boursouflée à la circonférence de l'ulcère; la membrane musculeuse paraissait à leur fond. La plupart de ces ulcères présentaient une disposition remarquable. Vus en travers de la membrane péritonéale, leur diamètre avait neuf ou dix lignes d'étendue; vu au contraire intérieurement, ce diamètre n'excédait jamais trois ou quatre lignes. En introduisant un stylet boutonné par leur ouverture, on soulevait la membrane muqueuse, qui, dans l'espace de neuf à dix lignes, était complétement séparée de la musculeuse; l'ulcère était donc en partie recouvert par la membrane muqueuse, et il fallait enlever celle-ci pour en reconnaître les véritables dimensions. Le foie était blanchâtre, la bile contenue dans la vésicule limpide et peu colorée; le pancréas était un peu dur. Les glandes du mésentère étaient rougeâtres, mollasses supérieurement, et contenaient dans leur intérieur une matière demi-liquide; inférieurement, le plus grand nombre était bleuâtre, renfermant dans leur intérieur une matière analogue à celle du méliceris; leur volume était beaucoup moins considérable que celui des premières. Les organes pectoraux étaient sains. Épaississement léger de l'arachnoïde; deux cuillerées de sérosité dans les ventricules latéraux; la substance du cerveau avait sa consistance ordinaire. (*Id. ibid.*)

Fièvre intermittente quotidienne bilieuse ou gastrique.

No 431. Le docteur Valette rapporte qu'une femme âgée de soixante-sept ans, éprouvait depuis quelques jours des lassitudes, des douleurs vagues dans le dos, perte d'appétit, lorsque le 21 messidor, sans cause excitante connue, elle fut atteinte d'un frisson qui se fit sentir d'abord au dos; il fut ensuite général avec tremblement et douleur à la partie postérieure du tronc; il dura deux heures, fut suivi de chaleur avec céphalalgie, lassitudes très grandes et bouche amère; des sueurs abondantes succédèrent à la chaleur Les 22 et 23, à quatre heures du soir, accès complet avec les mêmes symptômes. Le 24, accès à dix heures du matin, pendant qu'on transportait la malade à l'infirmerie de la Salpêtrière où elle demeurait depuis sept ans. Le 25, lassitude des membres, face abattue, yeux larmoyants, céphalalgie susorbitaire; langue couverte d'une pellicule blanche, présentant des taches rouges vers sa pointe, bouche amère, soif; douleur épigastrique, douleurs vagues dans l'abdomen. Une selle en diarrhée pendant la nuit, ardeur en urinant, chaleur de la peau, sueurs continuelles. Orge, un grain d'émétique; orge et oxymel, diète, sans vin; l'émétique procura deux vomisse-

ments et cinq selles avec de légères coliques. A quatre heures, redoublement de symptômes suivi de sueurs. Le 26, elle a bien dormi. Céphalalgie frontale diminuée, lèvres sèches, langue sèche et rouge au centre; point de selles, haleine fétide; pouls inégal, intermittent; chaleur forte de la peau, avec moiteur. Orge, oxymel, petit-lait, crème de tartre. A quatre heures, redoublement fébrile avec chaleur et sueurs, une selle. Le 27, elle a peu dormi. Lèvres et langue humectées; point de douleurs abdominales, point de selles, ardeur légère en urinant; même état du pouls et de la peau: à cinq heures, délire violent, frisson, trois selles en dévoiement, fin du redoublement à sept heures. Orge, oxymel, petit-lait. Le 28, elle a bien dormi et sué abondamment; point de céphalalgie, pommettes colorées, langue rouge, sillonnée et un peu luisante au centre, humectée sur les bords; urines citrines foncées avec nuage, pouls développé et régulier, chaleur naturelle de la peau, deux selles dans la matinée. A sept heures du soir, redoublement. Même prescription. Le 29, elle a peu dormi et n'a pas sué durant la nuit, langue moins sèche, soif moins forte; urines rendues avec un sentiment de chaleur; pouls égal, développé, peu fréquent, chaleur naturelle de la peau, moiteur. *Idem.* Le soir, frisson, ensuite chaleur avec délire. Le 30, forces plus accablées, somnolence tout le jour. Le soir à cinq heures, frisson suivi de chaleur, avec un délire violent, céphalalgie et deux injections involontaires. *Idem.* Le 1er thermidor, prostration des forces, délire jusqu'au matin, légère céphalalgie, langue sèche, brunâtre au centre, bouche sèche, soif ardente; épigastre et autres régions de l'abdomen sensibles; respiration fréquente, un peu difficile, voix faible; pouls fréquent, petit, inégal. Kina, deux gros à dix heures, un gros le soir. Dévoiement après la première administration du quinquina. A dix heures du soir, frisson pendant un quart d'heure; chaleur et délire jusqu'à cinq heures du matin. Le 2, elle n'a pas dormi; prostration des forces augmentée, langue sèche et fuligineuse; abdomen douloureux, une selle le matin; pouls fréquent, petit et faible; sueurs froides à la face. Kina, trois gros et un grain d'opium. Le soir, abdomen plus douloureux; respiration plus laborieuse, stertoreuse. Mort à six heures du matin.

Autopsie. — Enduit gélatiniforme sur quelques points de la surface du cerveau, vaisseaux de cet organe gorgés de sang, peu de sérosité dans les ventricules. Estomac phlogosé dans toute son épaisseur sur un espace de trois à quatre pouces de diamètre. Phlogose d'une grande étendue des intestins grêles, de presque tout l'iléon, avec augmentation d'épaisseur de ses parois. (*Clinique de M. Landré Beauvais*, an 1805.)

Fièvre intermittente quarte, changée en continue.

No 432. Tarien, âgé de trente-quatre ans, très robuste, fut attaqué le 26 juillet 1806, à Udine, d'une fièvre quarte qu'il garda treize jours avant d'entrer à l'hôpital. Des symptômes gastriques me déterminèrent à prescrire un vomitif, ensuite je donnai quelques boissons amères, et, comme la fièvre résistait, quelques gros de quinquina en poudre. Au bout de deux ou trois accès, la fièvre devint tierce: je voulus doubler la dose du fébrifuge; le jour suivant, la fièvre était quotidienne; et, sans que le quinquina fût continué, les accès s'allongèrent et joignirent le cercle des vingt-quatre heures, vers le vingt-neuvième jour de la maladie. Depuis cette époque jusqu'au quarante-deuxième, je n'observai que fréquence avec pouls fort et développé, chaleur, inappétence; le malade pâlissait et perdait de l'embonpoint. Du quarante-deuxième au cinquante-sixième, l'apyrexie diminua plusieurs fois, mais ne cessa point entièrement. Je remarquai que ces variations correspondaient aux aliments; quand je donnais plus que la soupe ou la bouillie, le mouvement fébrile se ranimait. Vers le cinquante-sixième jour survint la diarrhée,

l'apyrexie s'accrut sous le rapport de la fréquence du pouls. Dès lors, progrès effrayants de la phlegmasie du canal digestif : exténuation rapide de tous les tissus, collapsus universel, pouls petit et lent, peau glaciale. Tarien succomba le 3 octobre, soixante-septième jour de sa maladie, après une agonie lente et peu douloureuse.

Autopsie. — Induration de la moitié postérieure du poumon gauche, l'autre sain. Muqueuse gastrique d'un rouge clair, mais fort épaisse ; celle des intestins grêles offrit d'abord quelques points rouges isolés ; ensuite, dans la fin de l'iléum, elle fut trouvée d'un rouge foncé, noire, granuleuse et généralement sphacélée et ulcérée : dans toute la longueur du colon, disposition analogue. Toutes les granulations étaient autant de petits ulcères avec perte de substance de la membrane ; les appendices de cet intestin semés de petites glandes noires. (Broussais, *Phlegmasies chroniques*, 4e édit., t. II.)

Fièvre intermittente tierce et quotidienne.

No 433. Humbert, sergent au 92e régiment, âgé de trente-deux ans, entra dans mon service à l'hôpital d'Udine le 18 mai 1806, pour une fièvre tierce qui ne datait environ que de quatre jours. L'apyrexie était parfaite et très calme, aucun signe de diathèse inflammatoire.

Je le mis d'abord aux amers, qui furent sans effet, j'employai le quinquina à quatre gros ; la fièvre devint quotidienne, je me hâtai d'en porter la dose à une once et demie, et je la diminuai successivement jusqu'à la réduire à un gros. Les accès ne perdirent presque rien de leur intensité. Le ventre s'enflait, se durcissait ; l'estomac était devenu douloureux, et le malade se débilitait. Me voyant toujours obligé de combattre le type fébrile par des stimulants, je substituai l'opium, l'éther, les eaux spiritueuses aromatiques, au quinquina, ou je les combinai avec ce médicament. L'appétit et les accès se perdant, l'estomac et le ventre refusant tous les toniques, il fallut prendre une autre marche ; j'attaquai les accès par la gélatine, soit simple, soit aromatisée, dissoute dans la décoction de quinquina, etc. La fièvre cessa, l'œdème qui s'était déclaré diminua, l'appétit et les forces vinrent ajouter à mon espoir ; mais tout-à-coup, retour des accès quotidiens sans frissons, légère toux, coliques et dérangement des excrétions alvines. Alors potion à la canelle et au quinquina pour soutenir ses forces. Le malade parut d'abord reprendre un peu de vigueur et se désinfiltrer, puis tout-à-coup les forces lui manquèrent ; j'aperçus de la dyspnée, une légère diffusion ictérique ; la diarrhée se déclara avec violence ; le marasme fit des progrès, et une douloureuse agonie de quarante-huit heures enleva le malade, après trois mois environ de maladie.

Autopsie.—Légère exsudation séreuse dans les différents replis de l'arachnoïde. Endurcissement du côté gauche de la poitrine. Sérosité gélatineuse blanchâtre dans le péritoine ; cette membrane était rouge en une foule d'endroits, tant sur l'estomac que sur les intestins, épaissie, et facile à détacher du plan musculaire et à réduire en feuillets celluleux et rougeâtres. La membrane muqueuse rouge et épaisse dans l'estomac, saine dans les intestins grêles, enflammée et semée de petits ulcères ronds dans toute l'étendue du colon ; les cellules épiploïques remplies de gélatine ; la rate très volumineuse. (*Id. ibid.*)

Fièvre intermittente quotidienne.

N° 434. Laon, Belge, âgé de vingt-quatre ans, hussard au 6e régiment, entra à l'hôpital d'Udine le 4 août 1806, attaqué depuis douze jours de la fièvre quotidienne. Quelques signes d'irritation gastrique me portèrent à commencer par le vomitif, auquel je fis succéder les boissons aqueuses et

relâchantes. Le croyant ensuite disposé pour le quinquina, je lui administrai ce médicament, qui supprima sur-le-champ la fièvre. Ayant voulu le continuer à petites doses, à titre de préservatif, je m'aperçus d'une sensibilité d'estomac et d une disposition à la diarrhée, qui m'obligèrent de le discontinuer. Il n'en avait pas pris plus de cinq à six jours. Malgré les boissons mucilagineuses et le régime, la diarrhée ne cessa point entièrement. Elle était sans douleur, peu copieuse et sans fièvre, lorsque le malade était tenu à la soupe, au riz ou à la bouillie; mais aussitôt que, pour le satisfaire, j'augmentais la quantité de la nourriture, il y avait des coliques et un mouvement fébrile le soir. Ces alternatives eurent lieu trois ou quatre fois dans l'espace de vingt jours. Le quarante-cinquième jour, la fièvre quotidienne se remontra avec autant d'énergie qu'au début. En même temps la diarrhée devint douloureuse, sanguinolente, et s'accompagna du ténesme. Potions anodines, boissons féculentes, eau de riz. Au bout de cinq à six jours les accès d'intermittence cessèrent d'être remarquables. Les douleurs dysentériques se calmèrent; tout mouvement fébrile paraissait aboli; c'était le calme de l'épuisement. Laon vécut six jours encore presque sans souffrances, n'allant plus que trois à quatre fois par jour à la garde-robe, et durant lesquels il tomba dans un état de stupidité, de somnolence, avec dilatation des pupilles, et roulement du globe de l'œil. Il expira le 23 septembre, cinquante-septième jour de l'invasion de la fièvre intermittente.

Autopsie. — Maigreur extrême sans infiltration. Beaucoup de sérosité dans les ventricules et dans les fosses cérébrales. Rien de remarquable dans la poitrine. Sérosité un peu gélatineuse, d'un aspect savonneux dans le péritoine; tous les épiploons remplis, au lieu de graisse, d'une lymphe jaunâtre. Le colon tout entier rouge, brun, noir, sphacelé en plusieurs points et se déchirant au toucher vers son extrémité inférieure. Sa muqueuse n'était point ulcérée, elle était épaisse, noire, à odeur de gangrène. Celle des intestins grêles un peu rouge; mais leurs autres membranes étaient saines. Ils contenaient quelques lombrics. La surface interne de l estomac un peu injectée et rugueuse. (*Id. ibid.*)

Fièvre rémittente double-tierce, transformée en continue.

No 435. Un tailleur âgé de dix-huit ans, cheveux châtains, peau blanche, muscles grêles, habitant Paris depuis huit mois, se nourrissant bien, menant une vie régulière, et jouissant habituellement d'une bonne santé, ressentit d'abord pendant huit jours, sans cause connue, une violente céphalalgie qui occupait surtout la partie supérieure de la tête; en même temps son appétit se perdit, ses forces diminuèrent. Le 11 août, il fut pris, entre huit et neuf heures du matin, d'un grand frisson auquel succédèrent de la chaleur et de la sueur; celle-ci fut terminée à midi. Le reste de la journée il se sentit comme les jours précédents : il dormit bien. Cependant le 12, en se réveillant, il se trouva si mal à son aise qu'il ne se leva pas : à quatre heures du soir il eut du frisson; la nuit il sua abondamment. Nous le vîmes dans la matinée du 13. Il n'avait plus mal à la tête, la face était remarquable par sa pâleur; la langue était blanche à son centre, pointillée, d'une rougeur uniforme à sa pointe; la soif était vive; la pression faisait naître un peu de douleur à l'épigastre. Une selle liquide avait eu lieu depuis vingt quatre heures; le pouls était fréquent, la peau en sueur. D'après le récit du malade, d'après son état, on pouvait le croire atteint d'une fièvre rémittente double-tierce. Le frisson devait survenir dans une ou deux heures, mais le malade n'en eut aucun ressentiment. Il resta toute la journée dans le même état que le matin. Il but de la tisane d'orge avec addition de sirop tartareux. La diarrhée augmenta considérablement; il alla neuf fois à la selle sans douleur jusqu'au lendemain

matin. Il sua le soir, et dormit assez bien dans la nuit. Dans la matinée du 14, il vomit ses tisanes. Une abondante épistaxis eut lieu; quelques taches typhoïdes apparurent sur le thorax et l'abdomen. Le pouls était fréquent et faible; la peau moite. Dans la soirée il eut un fort redoublement sans frisson initial; la nuit, la sueur fut très abondante. Le 15, deuxième épistaxis, fièvre intense, disparition presque complète des taches; profonds soupirs de temps en temps. Une seule selle depuis hier matin; ventre indolent; langue blanchâtre. Redoublement le soir. A la visite du 16, même état. Deux selles. Le soir, le malade délira pour la première fois : il ne sua pas. Dans la matinée du 17 son état était singulièrement aggravé; ses traits étaient affaissés, l'œil semblait comme égaré, la face était plombée. Les pétéchies avaient reparu, elles couvraient le thorax et l'abdomen; la peau de ces parties avait une chaleur brûlante supérieure à celle du reste du corps; la peau du front, des joues et du nez était froide; le pouls petit, fuyant sous le doigt, avait une fréquence extrême Deux selles liquides avaient eu lieu; la langue conservait son humidité. Jusqu'à ce jour le malade n'avait pris que de l'eau d'orge, des lavements émollients; il avait observé une diète sévère. M. Lerminier prescrivit une pinte d'infusion de quinquina, deux vésicatoires aux jambes, un lavement camphré. Le malade délira toute la nuit; il vomit une assez grande quantité de bile jaune. Le 18, la teinte de la face plombée, livide, présentait un aspect de plus en plus adynamique. Les lèvres décolorées étaient aussi pâles que celles d'un cadavre La langue s'était séchée et avait bruni à son centre. Le nombre des selles restait le même. La chaleur de la peau était répartie aussi inégalement que la veille; les joues étaient plus froides. Le pouls conservait le même caractère; cependant le malade avait encore assez de force pour se lever seul, se placer sur le bassin et remonter d ns son lit. Il était évident que depuis la veille l'état du malade s'était aggravé M. Chomel qui avait pris le service persista dans l'emploi des toniques. Il ajouta à la prescription de la veille une potion gommeuse avec addition de deux gros d'extrait de quinquina. Délire dans la soirée et une partie de la nuit.

Le 19, l'expression des yeux et du reste de la face était meilleure; le décubitus avait lieu sur le côté comme dans l'état de santé; les mouvements étaient libres et annonçaient encore par leur vivacité une assez grande énergie; les facultés intellectuelles étaient nettes; mais le malade, par suite d'une aberration de sensibilité assez commune dans les fièvres graves, accusait de vives douleurs en quelque endroit du corps qu'on le touchât. La langue était sèche comme un morceau de parchemin; les pétéchies étaient très multipliées. Infusion de quinquina, potion gommeuse avec deux gros d'extrait, lavement de quinquina et de camphre, deux nouveaux vésicatoires. L'agitation fut beaucoup moindre la nuit que les précédentes; mais dans la matinée du 20, nous trouvâmes pour la première fois le malade plongé dans un assoupissement dont on ne le tirait qu'avec peine; il ne répondait qu'en balbutiant; il avait lâché sous lui; sa potion avait été vomie. Deux pintes d'eau d'orge avec un quart de vin; potion gommeuse avec addition de vin de quinquina et de sirop de quinquina, de chaque deux onces; lavement de quinquina camphré; fomentation sur les cuisses et sur le ventre avec le vin aromatique; diète. Le soir, on fut obligé d'attacher le malade, parce que, dans son délire, il arrachait ses vésicatoires. Le 21, la langue, les dents et les lèvres étaient fortement encroûtées et noires; le ventre était ballonné; une ou deux selles involontaires avaient eu lieu; les taches étaient très petites, brunes; les yeux restaient ouverts, mais ils exprimaient l'indifférence la plus complète. Le malade avait refusé de boire sa potion. On remplaça dans la potion le vin et le sirop par trente grains de sulfate de quinine. Le 22, le malade ne proférait plus aucune parole, mais il répondait par signes et de l'air le plus indifférent. Même état du reste. M. Lerminier qui vait repris le service

supprima la potion, et fit placer un vésicatoire à la nuque. Le 23, prostration de plus en plus grande, dilatation extrême des pupilles; surface des vésicatoires livide et saignante. La potion suivante fut prescrite : Eau de menthe, quatre onces; extrait sec de kina, deux gros; sirop d'éther, deux onces. L'infusion de quinquina fut supprimée; la tisane d'orge légèrement vineuse; le lavement de quinquina camphré et les fomentations aromatiques furent continués.

Jusqu'à ce jour les symptômes adynamiques avaient prédominé; mais le 24, les symptômes nerveux devinrent à leur tour plus prononcés. La tête du malade était agitée d'un mouvement continuel de droite à gauche et de gauche à droite; ses yeux avaient tout-à-fait l'expression de ceux d'un idiot. Interrogé, il ne répondait pas, bien qu'ayant l'air d'écouter et de comprendre; mais en même temps, chose remarquable! la langue, les dents, les lèvres s'étaient un peu nettoyées et humectées. Le pouls était fréquent et très faible; la peau peu chaude; on n'apercevait plus que quelques taches éparses. Même prescription. Dans la journée, d'abondantes évacuations alvines eurent lieu involontairement. Le 25, propos sans suite; agitation continuelle des bras et des jambes; yeux hagards, roulant continuellement dans l'orbite; soubresauts des tendons; langue de nouveau sèche et noire. Le 26, le malade était à l'agonie; il succomba à neuf heures du matin.

Ouverture du cadavre. — L'arachnoïde de la convexité des hémisphères présentait une assez vive injection. Le cerveau était fortement piqueté; une cuillerée à café de sérosité limpide existait à peine dans chaque ventricule. Une petite granulation de consistance osseuse, du volume d'un pois, était implantée dans la substance de l'hémisphère gauche, un peu derrière la scissure de Sylvius et près de leur superficie. La surface interne de l'estomac était piquetée dans son grand cul-de-sac d'une foule de points rouges agglomérés dont la couleur résidait dans la muqueuse, assez consistante d'ailleurs. L'intestin grêle, ouvert dans toute son étendue, était blanc partout. Seulement, un peu au-dessus de la valvule iléo-cœcale, apparaissaient quatre ulcérations; deux à bord et à fond rouge auraient pu admettre à peine un pois ordinaire, les deux autres pouvaient recevoir une pièce de vingt sous. Du fond de l'une de ces dernières faisait saillie une petite escarrhe jaunâtre, que son adhérence au tissu lamineux ne permettait pas de confondre avec un amas de matières fécales. La surface interne du colon, dans toute son étendue, était parsemée d'un assez grand nombre de petites élevures, faisant au-dessus de la muqueuse une saillie très légère, plus sensible à la vue qu'au toucher, à cause de leur couleur d'un blanc plus mat que le reste de la muqueuse; exactement arrondies, elles avaient à peine une ligne de diamètre; un point noir existait à leur centre : c'étaient des follicules plus développés que de coutume. (Andral, *Clinique médicale*, t. III, 1830.)

Fièvre rémittente quotidienne d'abord gastrique, plus tard adynamique.

N° 436. Un porteur d'eau âgé de vingt-cinq ans, arrivé de la Savoie depuis trois mois, tempérament sanguin, constitution forte, fut pris, dans la soirée du 17 janvier 1822, de frissons qui se prolongèrent dans la nuit; le lendemain, sentiment de malaise, diminution de l'appétit; retour des frissons le soir. Même état jusqu'au 20; alors coliques, déjections alvines fréquentes. Il ne fit aucun traitement jusqu'au 24; il entra alors à l'hôpital. État du 25 (neuvième jour) : face pâle, animée, yeux brillants, soif, anorexie, langue rouge sur les bords et à sa pointe, enduite d'un mucus jaunâtre au centre; bouche amère, ventre indolent, un peu tuméfié; sept à huit selles en vingt-quatre heures; toux légère, pouls plein et fréquent; peau chaude

et sèche. Saignée de quatre palettes, tisane d'orge édulcorée, diète. Le 26, le sang présenta un gros caillot recouvert d'une couenne dense et épaisse; quatorze selles; même état d'ailleurs. Saignée de deux palettes. Dans la soirée du 26, redoublement de fièvre très violent. Troisième saignée qui ne fut que d'une palette, le malade étant tombé en syncope. Le 27, légère épistaxis; le soir, fièvre violente. Saignée de deux palettes. Le sang présenta un petit caillot recouvert d'une couenne mince et molle. Le 28, épistaxis; face encore rouge, yeux brillants, mais cependant abattement des traits; réponses lentes; même état de la langue; soif ardente; ventre un peu météorisé; treize à quatorze selles avec coliques; pouls fréquent; peau moite. Tisanes émollientes. Le 29, abondante épistaxis; affaissement, plaintes continuelles; toux sans expectoration; respiration un peu précipitée, matité légère et râle crépitant à gauche en arrière dans toute l'étendue à peu près du lobe inférieur. Vingt-quatre sangsues sur le côté gauche du thorax; deux vésicatoires aux jambes. Le 30 et 31, épistaxis, prostration; face pâle; même état de la respiration; même résultat par la percussion et par l'auscultation; expectoration catarrhale, diarrhée aussi abondante. Vésicatoire sur la poitrine. Le 1er février, trouble de l'intelligence, épistaxis. Le 2, épistaxis très abondante depuis trois heures du matin; faiblesse extrême; face pâle et abattue, langue blanche et humide; respiration plus libre; persistance de la toux, du météorisme et de la diarrhée; pouls très fréquent et très faible. Tamponnement des cavités nasales; eau de riz gommée. Le 3, agitation la nuit; yeux animés, loquacité; mouvements continuels de la mâchoire inférieure; pouls faible, très fréquent; langue humide et blanche. Sinapismes. Le 4, langue blanche, mais sèche, avec quelques plaques noires; dents fuligineuses; pouls très faible, cent pulsations. Le 5, prostration extrême; gémissements continuels, intégrité de l'intelligence, excrétions alvines involontaires, respiration haute et bruyante; la vessie distendue remonte jusqu'à l'ombilic; l'urine sort par regorgement; pouls très faible, cent quarante pulsations. Décoction de polygala gommée, vésicatoire sur le sternum, sinapismes aux cuisses. Mort à onze heures du matin.

Ouverture du cadavre. — Cerveau sain, adhérences intimes des plèvres costale et pulmonaire du côté gauche. Le lobe inférieur du poumon gauche était dense, brunâtre et laissait écouler à l'incision un mélange de sang et de pus. Au centre du lobe supérieur, qui était sain, se trouvait une cavité pouvant loger un gros œuf de poule. Sa surface était aréolée, brunâtre; elle contenait une sorte de bouillie d'un gris verdâtre, d'une fétidité gangréneuse. Muqueuse gastrique très blanche dans toute son étendue, ayant son épaisseur et sa consistance ordinaire. Pâleur remarquable de la membrane muqueuse de l'intestin grêle dans ses quatre cinquièmes supérieurs. Dans le cinquième inférieur apparaissent de nombreuses élevures, dont le diamètre varie depuis trois jusqu'à six lignes; leur couleur est d'un rose pâle; le centre de quelques unes est ulcéré. Dans l'étendue de quelques travers de doigt au-dessus de la valvule on trouve plusieurs ulcérations du diamètre d'une pièce de quarante sous. La muqueuse qui forme leur bord est rouge et boursouflée. La surface interne du cœcum et du colon est parsemée d'élevures analogues à celles de l'intestin grêle, mais plus confluentes, et ulcérées à leur centre pour la plupart. La membrane muqueuse est rouge dans toute son étendue, tandis qu'elle était blanche dans l'intestin grêle. Les ganglions lymphatiques, correspondant aux portions d'intestins malades, sont gonflés, et leur tissu est rouge. La vessie, distendue par l'urine, s'étend jusqu'au niveau de l'ombilic; sa membrane interne est légèrement injectée. (*Id. Ibid.*)

Fièvre ataxo-adynamique avec des redoublements quotidiens.

N° 437. Un charpentier âgé de trente-six ans, d'une très forte constitution, fut apporté à la Charité le 24 juin 1820, dans un état de délire qui ne permit pas de savoir de lui l'invasion et la marche de sa maladie. On apprit de ceux qui l'amenèrent qu'il était malade depuis neuf jours. Etat du 25 : décubitus sur le dos, pommettes rouges, yeux à demi fermés, bouche béante, lèvres noires et sèches, langue noire, sèche, fendillée ; douleur à l'épigastre et à la région cœcale par la pression, constipation ; pouls faible et très fréquent ; peau sèche et brûlante ; éruption sur l'abdomen, principalement à l'épigastre, de boutons à base rouge, dont le sommet était surmonté d'une large vésicule encore transparente dans les uns, opaque et contenant un véritable pus dans les autres. Le malade se plaignait beaucoup ; il comprenait avec beaucoup de peine les questions qui lui étaient adressées ; il semblait avoir complétement perdu le souvenir des choses passées. Quinze sangsues à l'anus, un vésicatoire à une cuisse ; décoction d'orge, limonade minérale. Dans la journée, il délira complétement Dans la matinée du 26, langue plus humide, une selle ; même état du reste. Quatre sangsues de chaque côté du cou Le 27, sueur de la face et des extrémités supérieures ; pas de changements d'ailleurs. Tisane d'orge, limonade minérale, décoction de polygala, une tasse de vin. Le 28, tuméfaction très douloureuse de la parotide droite ; langue noire ; point de selle ; ventre souple, paraissant insensible à la pression ; les boutons de l'épigastre étaient tout blancs, varioliformes ; le pouls était petit et fréquent ; le malade était plongé dans un délire tranquille et continu. Même prescription. Le 29, nous trouvâmes la face, le cou et les membres thoraciques couverts de sueur comme le 27. Le 30, le délire persistait, la prostration augmentait. Le pouls, très fréquent, était d'une petitesse extrême, la peau brûlante ; la langue restait sèche et brune ; le ventre était souple, la constipation opiniâtre ; la parotide se développait de plus en plus. Un lavement de quinquina fut ajouté à la prescription des jours précédents. A quatre heures du soir l'œil était éteint, à moitié fermé ; soubresauts des tendons très multipliés, carphologie, marmottement continuel.

Dans la matinée du 1er juillet, la face avait une expression plus naturelle ; l'œil, moins terne, s'ouvrait de temps en temps ; le malade poussait par intervalles de profonds gémissements ; il faisait effort pour répondre aux questions, mais ne pouvait rien articuler ; il montrait assez facilement sa langue lorsqu'on la lui demandait ; elle était sèche, noire, fendillée ; point de selle ; parotide plus grosse et plus dure. Même prescription. A deux heures après midi, face cadavéreuse, dilatation passive des buccinateurs à chaque expiration, marmottements continuels ; pouls très faible, et trop fréquent pour pouvoir être compté. Le 2 juillet, cet état d'agonie persistait. Infusion aqueuse de quinquina, orge, limonade minérale, deux sinapismes.

Nous crûmes que le malade succomberait dans la journée, cependant quel fut notre étonnement lorsque, dans la matinée du 3, nous trouvâmes une amélioration sensible ! la face en particulier avait un bien meilleur aspect. Le malade comprenait les questions, mais n'y répondait point ; il tirait lentement et avec peine sa langue : elle était humide, visqueuse, moins noire. Les dents étaient nettoyées ; la peau était sans chaleur, le pouls faible ; même état de la parotide ; dessiccation d'une partie des boutons de l'épigastre. Même prescription. A quatre heures du soir, la face avait repris de nouveau un aspect cadavéreux ; le malade ne paraissait plus entendre les questions comme le matin ; la paupière s'abaissait à moitié sur l'œil presque éteint ; les buccinateurs se dilataient comme la veille. Dans la matinée du 3 juillet, une nouvelle amélioration avait eu lieu ; le malade entendait, et pour la pre-

mière fois il parvint à articuler quelques mots de suite; la langue était humide et nette, le ventre plat et indolent; une selle avait eu lieu depuis quarante-huit heures. La parotide était très volumineuse, une grande quantité de pus s'écoulait par l'oreille. Même prescription A quatre heures après-midi, le mieux du matin avait disparu; un état tout-à-fait semblable à celui de la veille, à pareille heure, l'avait remplacé. Le malade succomba le 4, à sept heures du matin.

Ouverture du cadavre, vingt-cinq heures après la mort. — Demi-marasme; muscles noirâtres, poisseux; parotide faisant un relief sensible sur la partie latérale de la tête et du cou. Une grande quantité de liquide sanieux et grisâtre séparait les granulations de la glande. Immédiatement au dessous du pavillon de l'oreille se trouvait un petit foyer purulent; on fit aisément pénétrer par ce petit foyer une sonde jusque dans le conduit auditif externe. Le cerveau non plus que les membranes n'offraient rien de notable; un peu de sérosité existait dans les ventricules; les veines qui se rendent dans le sinus longitudinal supérieur contenaient des bulles d'air en assez grande quantité, résultat probable de la décomposition. Le tissu lamineux du médiastin antérieur était gonflé par des gaz qui lui donnaient une grande ressemblance avec la surface externe du poumon des reptiles; le péricarde contenait une quantité notable de sérosité citrine; le cœur était un peu flasque, vide de sang Les poumons étaient parfaitement sains; celui du côté droit adhérait aux côtes par des brides celluleuses anciennes; les bronches de ce côté étaient rouges. L'estomac était un peu resserré sur lui-même dans sa portion pylorique; les intestins grêles avaient leur volume naturel; le gros intestin offrait des resserrements dans divers points de son étendue; la surface interne de l'estomac était parfaitement blanche dans toute la portion splénique, mais la portion pylorique était fortement injectée. La surface interne du duodénum, ainsi que celle des cinq cinquièmes supérieurs environ de l'intestin grêle, était tapissée par du mucus mêlé à de la bile jaune; toute cette partie de l'intestin était d'ailleurs très saine, blanche et transparente; en quelques points seulement existait une faible injection du réseau capillaire sous-muqueux. Dans le sixième inférieur de l'intestin grêle, la membrane muqueuse présentait cinq à six larges ulcérations à bords irrégulièrement découpés, et dont le fond rougeâtre était formé par la tunique musculeuse mise à nu. Entre elles, la membrane muqueuse n'était que médiocrement injectée; les ganglions mésentériques correspondants étaient d'un rouge brunâtre et tuméfiés. Le gros intestin, rempli de matières consistantes et jaunâtres, était parfaitement blanc. La rate avait son volume ordinaire; tous les autres viscères étaient sains. (*Id. Ibid.*)

Fièvre d'abord rémittente quotidienne, puis continue ataxique et adynamique.

N° 438. Un charpentier âgé de vingt-six ans, d'une forte constitution, habitant un lieu humide, éprouva des chagrins et surtout beaucoup de fatigue au commencement de l'année 1820. Vers le 15 octobre de la même année, il fut pris sans cause connue de lassitudes spontanées, de douleurs dans les reins et les membres; il perdit l'appétit. Ces symptômes persistèrent les jours suivants. Il eut régulièrement des frissons tous les jours vers deux heures de l'après-midi; ils étaient remplacés par une forte chaleur qui n'était pas suivie de sueurs. Cet homme consulta plusieurs médecins qui lui firent prendre un vomitif et deux purgatifs; ensuite il but une tisane amère. Il a eu une diarrhée abondante depuis le jour où il a pris un vomitif. Entré à la Charité le 1er novembre, on lui pratiqua sur-le-champ une saignée de deux palettes, et on appliqua vingt-quatre sangsues à l'anus. Le 2 novembre, le sang

tiré la veille était recouvert d'une couenne peu épaisse ; le malade présenta l'état suivant : lassitudes générales, insomnie, tintement d'oreilles, narines sèches, bouche amère, langue jaunâtre tendant à la sécheresse, sans rougeur ; peu de soif, anorexie ; abdomen souple, un peu douloureux à la pression ; cinq selles très liquides ; respiration large et facile, parole brève, pouls plein et fréquent, peau un peu moite. Les frissons quotidiens indiquaient l'existence d'une fièvre rémittente, qui fut combattue par une infusion aqueuse de quinquina édulcorée avec le sirop de coing. Bourrache, orge, sinapismes aux jambes.

Le frisson manqua complétement. Le lendemain matin il y avait une amélioration sensible ; le malade avait dormi, sa langue s'était humectée ; pouls moins fréquent, douce chaleur à la peau, ventre souple et indolent, persistance de la diarrhée. Même prescription. Cette amélioration ne fut que passagère, et le 4 les symptômes les plus graves existaient : air de stupeur, prostration portée déjà à un très haut degré, langue sèche et noire, soif vive ; ventre indolent, deux selles seulement ; pouls très fréquent. Deux vésicatoires aux jambes, frictions sur les membres avec l'alcool camphré ; mêmes boissons, et de plus la limonade minérale et une tasse de vin. Dans l'après-midi, le malade commença à délirer ; il tint pendant toute la nuit les propos les plus incohérents. Dans la matinée du 5, le délire persistait ; les autres symptômes n'avaient pas changé. Quatre sangsues furent appliquées derrière chaque oreille, et deux vésicatoires furent placés aux cuisses. Le 6, même état. Application de huit autres sangsues au cou. Le 7, délire moindre, mais affaissement extrême ; décomposition des traits, sensation d'une vive douleur aux lombes, soif ardente, langue noire ; ventre ballonné, indolent, cinq à six selles liquides rendues dans le lit ; peau sèche et chaude, pouls très fréquent, assez résistant. Mêmes boissons, troisième application de sangsues au cou. Le 8, la face exprimait l'abattement le plus profond ; la respiration était très accélérée, la langue visqueuse, moins sèche que les jours précédents ; le ventre ballonné, l'intelligence complétement perdue. Mort le 9 à cinq heures du matin.

Autopsie trente heures après la mort. — Une sérosité trouble, lactescente, existait en petite quantité dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la face supérieure des deux hémisphères cérébraux. La substance cérébrale, de consistance ordinaire, était piquetée de points rouges ; un sang noir et liquide distendait fortement les sinus de la dure-mère ; une cuillerée à café de sérosité liquide existait dans chacun des ventricules latéraux. Cœur fort, proportionné à la taille du sujet et au développement du système musculaire. Les deux poumons étaient d'un rouge livide à leur partie postérieure, et à leur base ; ils étaient engoués par une énorme quantité de sérosité rougeâtre ; leur tissu était crépitant, mais d'une mollesse extrême ; il se réduisait en une sorte de pulpe sous le doigt qui le pressait. L'estomac était médiocrement distendu par un liquide brunâtre et par des gaz ; sa surface interne était d'un blanc grisâtre dans toute son étendue, excepté le long de la petite courbure où l'on apercevait deux ou trois bandes rouges qui, sans affecter de forme particulière, se prolongeaient du cardia aux environs du pylore. En plaçant cette partie de l'estomac entre la lumière et l'œil, on apercevait distinctement une foule de vaisseaux qui se ramifiaient, et entre eux beaucoup de petits points rougeâtres qui semblaient formés par du sang épanché Examinés à l'extérieur, l'intestin grêle et le gros intestin présentaient un grand nombre de plaques d'un rouge vermeil, offrant terme moyen de deux à trois travers de doigts de longueur, sur un ou deux au plus de largeur. Ces plaques étaient formées par des vaisseaux ramifiés autour desquels existaient des points rouges ; elles avaient leur siége dans le tissu cellulaire qui unit la membrane péritonéale à la musculaire ; la portion de muqueuse qui leur corres-

pondait n'était point altérée. Examiné à l'intérieur, l'intestin grêle était sain dans les quatre cinquièmes supérieurs. Le cinquième inférieur, dur et comme bosselé au dehors, présentait en dedans de nombreuses élevures de forme ovale ou irrégulièrement circulaire, couverte d'une sorte de *détritus* d'un gris jaunâtre, qu'on enlevait en raclant avec le scalpel. Au-dessous de ce détritus l'on trouvait un tissu dur, d'un rouge violacé, paraissant formé par le tissu cellulaire sous-muqueux considérablement épaissi. Parmi ces élevures, les plus étendues avaient jusqu'à trois et quatre pouces de diamètre en tous sens; les plus petites avaient à peine deux à trois lignes. Dans les intervalles qu'elles laissaient entre elles, la muqueuse était fortement injectée. Près de la valvule iléo-cœcale, et sur cette valvule même, elles étaient tellement rapprochées, qu'elles ne formaient plus qu'une seule masse bosselée et rugueuse, d'un gris jaunâtre. Cette altération finissait brusquement à l'entrée du cœcum. La surface interne de ce dernier intestin était très rouge, ainsi que celle du colon ascendant. Ces deux intestins étaient remplis par un mucus rougeâtre et sanguinolent; la muqueuse du reste du gros intestin était très blanche. (*Id. ibid.*)

Fièvre rémittente quotidienne et puis adynamique continue.

No 439. Un carrier, âgé de vingt-huit ans, peau brune, cheveux noirs, muscles développés, s'était beaucoup fatigué au travail pendant la première quinzaine du mois de juillet. Vers le 20 juillet, il commença à sentir un malaise général, une forte céphalalgie; son appétit se perdit, ses forces diminuèrent. On lui donna un éméto-cathartique; il vomit abondamment, et alla plusieurs fois à la selle. Depuis cette époque il a eu de la diarrhée. A dater des premiers jours du mois d'août, il garda la chambre et bientôt s'alita. Toute la journée il éprouvait une chaleur brûlante, le soir il ressentait un froid assez intense dans les pieds et les jambes, il suait beaucoup chaque nuit. Il ne prit jusqu'au 28 août aucun médicament actif. Entré alors à la Charité, il offrit l'état suivant : céphalalgie sus-orbitaire, face rouge, yeux brillants, brisement des membres, accablement général; langue couverte d'un léger enduit blanchâtre; bouche amère, soif, anorexie; ventre indolent et souple, quatre ou cinq selles depuis vingt-quatre heures, précédées de légères coliques; toux légère, sentiment de chaleur à la gorge, déglutition pénible, pouls fréquent, de force ordinaire; peau chaude, un peu moite. Aucune indication précise ne se présentait; les symptômes étaient assez modérés pour qu'on pût croire qu'ils céderaient à l'usage de simples boissons adoucissantes, de la diète et du repos. Eau de riz gommée, un bouillon. Le malade n'alla que deux fois à la selle jusqu'au lendemain matin. Froid partiel le soir, et sueur la nuit, comme de coutume. A la visite du 29, la céphalalgie, la rougeur de la face, l'injonction des conjonctives, persistaient; la toux était plus fréquente, le pouls plus développé. Ainsi l'état d'éréthisme général s'était accru. Saignée de quatre palettes. Le sang tiré de la veine se réunit en un large caillot mou et sans couenne. L'exacerbation fébrile fut très forte le soir.

Le 30, la rougeur de la face avait été remplacée par une pâleur remarquable; la langue, dépouillée de son enduit blanchâtre, présentait une couleur rouge uniforme; les lèvres, les dents et les narines étaient sèches; quatre selles liquides avaient eu lieu; le ventre restait souple; le pouls fréquent se déprimait facilement; la chaleur de la peau était très élevée. Tisane d'orge gommée, diète absolue. Exacerbation le soir sans froid initial, sueurs et rêves fatigants durant la nuit. Le 31, air de stupeur; même état du reste. Deux vésicatoires aux jambes. Le soir, léger trouble dans les idées. Le 1er septembre, l'air de stupeur était plus prononcé; le malade était devenu très sourd, son intelligence paraissait d'ailleurs assez nette; trois fois il s'était levé pour

aller à la selle; la langue était sèche, le ventre ballonné; le pouls très fréquent fuyait sous le doigt. Six sangsues derrière chaque oreille, embrocation d'huile de camomille camphrée sur l'abdomen; lavement de camomille avec addition de douze grains de camphre, tisane d'orge.

Les sangsues coulèrent très abondamment; dans la matinée du 2, plusieurs piqûres donnaient encore du sang; la stupeur avait fait des progrès. La teinte plombée de la face, l'expression morne des yeux que recouvrait à moitié la paupière supérieure, l'augmentation de la surdité, la lenteur et l'incertitude des réponses, la faiblesse extrême du pouls qui était comme tremblant, et qui battait plus de cent trente fois par minute, le décubitus particulier du malade qui tendait toujours à glisser vers le pied de son lit, annonçaient l'existence d'un état adynamique qu'il était urgent de combattre. La langue était à la fois sèche et pâle, le ventre assez souple; il n'y avait eu que deux selles. Deux nouveaux vésicatoires furent appliqués aux cuisses; ceux des jambes étaient secs. Infusion de quinquina gommée, décoction de polygola oxymélée, lavement et embrocation comme la veille. Dans la soirée, le malade parut avoir subi une légère amélioration, l'expression de la face était un peu plus animée, il s'était placé de lui-même sur le côté droit; le pouls s'était relevé; trois ou quatre piqûres de sangsues coulaient encore, quelque effort qu'on eût fait pour arrêter cet écoulement. Pendant la nuit, le malade délira complétement. Le 3, la langue était humectée, des croûtes noires couvraient les dents; quelques taches lenticulaires d'une teinte livide étaient éparses sur l'épigastre. Mêmes boissons, lavement avec une once de quinquina et douze grains de camphre; liniment ammoniacal avec addition d'une once de teinture de lavande pour frictionner les membres. Jusqu'au lendemain matin, le malade resta continuellement assoupi. Le 4, face cadavéreuse, réponses nulles. Cependant il tirait encore la langue lorsqu'on lui faisait signe de la montrer; elle était pâle, assez humide, légèrement encroûtée à son centre. Des fuliginosités recouvraient les lèvres et les dents. Quatre selles involontaires avaient eu lieu. Nous comptâmes cent quarante-quatre battements artériels. Deux tasses de vin furent ajoutées à la prescription. L'affaissement devint de plus en plus grand dans la journée. Le malade, immobile dans son lit, les yeux à demi ouverts et entièrement éteints, la bouche entr'ouverte, la peau déjà glacée, ressemblait à un cadavre. Des inspirations séparées par des intervalles qui devenaient de plus en plus longs, un pouls filiforme et d'une fréquence telle que ses battements ne pouvaient plus être comptés, étaient les seuls signes qui annonçaient encore que le malade n'avait pas cessé d'exister. Cependant il vivait encore le 5; il avalait encore très bien les boissons qu'on lui présentait. Une demi-once de serpentaire de Virginie, et deux onces de sirop de quinquina furent ajoutées à la décoction de cette écorce. Le malade lutta encore toute la journée contre la mort, et le souffle de vie qui lui restait, ne s'éteignit que le 6, à cinq heures du matin.

Ouverture du cadavre vingt-neuf heures après la mort. — Le cerveau et ses membranes étaient remarquables par leur pâleur; les ventricules étaient à peu près vides. Le cœur, vide de sang, présentait un tissu mou, flasque, entièrement décoloré; une grande quantité de sérosité sanguinolente d'un brun foncé, engouait les deux poumons. Une pinte environ d'un liquide noir, offrant l'ensemble des propriétés physiques du sang veineux, était épanchée dans chaque plèvre, qui ne présentait d'ailleurs aucune trace de phlegmasie. L'estomac, distendu par des liquides, présentait à l'extérieur, dans sa portion qui est en contact avec la rate, une teinte rouge livide; à l'intérieur il avait partout, excepté dans cette portion, une teinte d'un blanc grisâtre; la muqueuse était d'épaisseur ordinaire, et se détachait bien sous forme de membrane. Dans la portion splénique existaient quatre ou cinq larges taches

rouges dues à une infiltration sanguine qui avait son siége dans le tissu cellulaire sous-muqueux, et qui avait communiqué sa couleur à la membrane elle-même. Le duodénum, le jéjunum et les deux tiers supérieurs de l'iléum étaient pâles, et contenaient une assez grande quantité de bile jaune; mais dans le tiers inférieur de l'iléum existaient différentes espèces de lésions: de la surface interne de l'intestin faisaient saillies plusieurs plaques d'un rouge plus ou moins foncé; elles s'élevaient d'une à deux lignes au-dessus du niveau de la muqueuse; leur forme était irrégulièrement ovalaire; les plus petites égalaient le diamètre d'un pois, et les plus considérables celui d'une pièce de trente sous. Elles étaient formées par la muqueuse épaissie. Dans leurs intervalles, cette membrane n'était que médiocrement injectée. Plusieurs plaques présentaient en quelques points de leur surface, des ulcérations dont le fond était formé par le tissu lamineux; d'autres étaient transformées en partie en un tissu jaunâtre, tout-à-fait semblable à une escarre par l'ensemble de ses propriétés physiques; d'autres enfin étaient entièrement transformées en ce même tissu. Sa couleur ne s'enlevait pas par un lavage répété, il fallait le déchirer pour le séparer des tissus subjacents, et on ne pouvait le confondre avec de la matière fécale. Ailleurs ces escarres étaient en partie enlevées, et il en résultait des ulcérations plus ou moins irrégulières, dont le fond était formé par le tissu lamineux resté sain. Dans une ou deux ulcérations, l'escarre, presque entièrement détachée, ne tenait plus que par un mince pédicule. Enfin, d'autres ulcérations n'en présentaient plus aucune trace; une large escarre recouvrait la face supérieure de la valvule iléo-cœcale. La muqueuse du cœcum et de trois portions du colon, présentait un assez grand nombre de petits ulcères arrondis, superficiels, à bords et à fonds blancs; ils semblaient marcher vers la cicatrisation; la muqueuse était pâle dans leurs intervalles. La rate était très volumineuse. L'aorte contenait une petite quantité de sang noir, liquide; sa membrane interne était d'une couleur rouge uniforme. (*Id. ibid.*)

Fièvre rémittente quotidienne inflammatoire, puis ataxique.

No 440. Un jeune homme de vingt-quatre ans, résidant à Montluel, d'une bonne constitution, entre à l'hôpital en décembre 1823, éprouvant depuis trois jours les symptômes suivants: céphalalgie frontale forte, chaleur générale sèche, langue lancéolée, blanche et humide; accélération et gêne de la respiration; pouls dur et fréquent, anxiété; nulle douleur dans l'abdomen même à la pression. Troisième jour: limonade, diète. Épistaxis de cinq à six onces. La céphalalgie disparaît, la bouche devient amère; du reste même état que la veille. Paroxysme le soir; anxiété, figure pâle. Quatrième jour; deux selles bilieuses spontanées, soif continuelle. Saignée du bras de quatorze onces. Le soir, paroxysme plus fort, yeux animés, dyspnée augmentée avec chaleur dans la poitrine. Eau gommée. Cinquième jour, rémission le matin. Les yeux sont inquiets; le malade se plaint surtout qu'il ne peut étancher sa soif, et que l'amertume de sa bouche est extrêmement désagréable; le pouls est toujours dur et accéléré, la respiration pénible. *Idem.* Sixième jour. L'épigastre devient sensible. Dix sangsues sur cette région. Frissons légers dans la nuit, suivis d'un redoublement violent de tous les symptômes et qui se prolongent le septième jour. Huitième jour, déjections bilieuses, ventre tendu et douloureux, pouls petit et très fréquent, toux sèche, oppression très marquée, soif toujours vive. Dix autres sangsues au même lieu. Délire qui force de contenir le malade en l'attachant dans son lit. Rémission le matin du neuvième jour. Tisane de fleurs béchiques gommée, six grains de sulfate de quinine dans quatre onces d'eau gommée. Le paroxysme du soir, débutant comme les deux précédents par un frisson, est moins violent; le délire est plus tran-

quille ; la face est alternativement rouge et pâle ; la soif est beaucoup moins vive. La rémission arrive plus tôt, mais le malade déraisonne toujours. Mêmes prescriptions. Paroxysme encore moins fort, rémission plus prononcée.

Le onzième jour. Trois grains de sulfate de quinine. Le malade commence à lier ses idées ; il se plaint beaucoup du ventre. En examinant celui-ci, j'aperçois qu'il est couvert de petits boutons durs, extrêmement douloureux au toucher. Ces boutons se développent peu à peu et se font reconnaître pour des furoncles ; leur nombre et la grosseur de quelques uns d'entre eux ont fait éprouver les souffrances les plus vives jusqu'à la sortie du bourbillon, c'est-à-dire pendant dix à douze jours. Enfin les paroxysmes du soir deviennent chaque jour plus légers. Douzième jour. La toux et l'oppression se maintiennent ; expectoration de quelques crachats puriformes ; soif peu vive. Deux vésicatoires au bras, boissons émollientes. Treizième jour. Le paroxysme qui avait retardé précédemment, ne paraît que dans la matinée avec modération, et bientôt il est suivi pour la première fois d'un peu de moiteur. Rémission le soir ; la connaissance est entière, mais le regard est encore étonné. Depuis quatre jours il n'y a point de selles. Quatorzième jour. Ventre tendu, douloureux ; nausées, efforts de vomissement. Huit sangsues sur l'épigastre, cataplasmes ; mieux. Quinzième jour. Cinq grains de sulfate de quinine ; point de paroxysme. Seizième jour. A la suite d'une forte tranchée, le malade rend une selle avec beaucoup de soulagement. Le pouls est toujours très fréquent, l'expectoration épaisse, abondante, glutineuse ; la soif est presque nulle, la peau est humectée. Jusqu'au vingt-troisième jour la maladie marche régulièrement vers sa terminaison. A cette époque, retour d'un paroxysme en chaud et en froid. Deux laxatifs, alternant avec quelques doses de sulfate de quinine, font promptement disparaître la fièvre et ramènent l'appétit. (Nepple, *ouvrage cité.*)

Fièvre inflammatoire, type tierce, puis rémittente quotidienne ataxique.

N° 441. L***, fusilier au 9e de ligne, entre à l'hôpital le 22 août, huitième jour d'une fièvre tierce, récidivée et compliquée de gengivite. Boissons gommées ou acidulées, sulfate de quinine à très faible dose jusqu'au 26 inclusivement. Le 28 au matin, le malade souffre plus que précédemment. Il accuse surtout une céphalalgie violente, avec étourdissements et défaillances. L'accès de fièvre qui se termine a été très violent. Saignée du bras, limonade *bis*, huit grains de sulfate de quinine. Le 29 au matin, j'apprends que l'accès de la nuit passée a été plus fort qu'aucun autre. La tisane de la veille a été vomie. L'épigastre est tendu et douloureux au toucher ; la céphalalgie très vive malgré la saignée, la prostration croissante. Eau sucrée, vingt sangsues à l'épigastre. Dans la soirée, l'accès vient plus tôt que d'ordinaire, presque sans frisson et avec une intensité plus alarmante.

Le chirurgien de garde, appelé dans la nuit, trouve le malade avec une fièvre ardente, sans voix, sans connaissance, et offrant les symptômes caractéristiques d'une congestion cérébrale. Il applique aussitôt dix sangsues à chaque tempe. Leurs piqûres saignent encore quand je revois le malade, le 30 au matin. Il a uriné involontairement dans son lit, il a recouvré depuis un moment l'usage de la parole. Son accablement est tel, qu'il peut à peine se retourner. Il souffre de violents battements dans la tête. Eau sucrée, cinq sangsues derrière chaque oreille, trois demi-lavements, chacun avec cinq grains de sulfate de quinine. La nuit du 31 au 1er septembre se passe presque sans fièvre, quoique le malade ait divagué et uriné involontairement. Deux autres demi-lavements avec autant de sulfate de quinine. Le 2 septembre, point d'accès. L'apyrexie serait parfaite, si le malade n'avait le pouls fré-

quent, roide, et un peu de chaleur à la peau. Il ne peut se tenir debout tant il est faible encore. Néanmoins sa convalescence fait des progrès. Aujourd'hui, 10 septembre, il est dans un état de santé satisfaisant, et qui fait espérer une guérison complète. (Gasté, *Journal universel et hebdomadaire de médecine*, 1831.

Fièvre intermittente bilieuse, type tierce.

N° 442. Rambaud, âgé de trente-huit ans, d'un tempérament analogue a celui de l'habitant du pays d'étangs, sujet à l'ophthalmie chronique, aux ulcères des jambes, employé au lavage des laines dans la manufacture de draps de. . ., éprouvait depuis quelques jours du dégoût avec perte d'appétit. Dans le courant du mois de septembre 1822, le matin, il ressent un frisson général avec tremblement, des nausées, et un brisement des membres inférieurs. Ces symptômes durent deux heures, et sont remplacés par une chaleur modérée et de la céphalalgie frontale. Le malade se plaint en même temps d'une grande amertume du goût; sa langue est large, humide, jaunâtre; la soif très modérée; le pourtour des lèvres est d'une couleur verdâtre; le reste de la face est légèrement coloré; l'épigastre est pesant, nullement douloureux; une sueur abondante commence dans la soirée, et le malade s'endort tranquillement.

Le lendemain, l'apyrexie était complète; mais tous les symptômes d'embarras gastrique persistent: la fièvre est réglée en tierce. Diète, limonade. Après le quatrième accès, un grain d'émétique fait rendre une grande quantité d'une bile verte. Le cinquième accès ne diffère point des précédents, et les symptômes saburraux sont à peine diminués. Deux purgations administrées pendant les intermissions suivantes n'amènent aucun changement. La bouche est toujours mauvaise, l'anorexie prononcée. Un grain et demi d'émétique dans une tasse de bouillon aux herbes. Vomissement copieux, verdâtre; goût naturel, appétit. L'accès suivant, qui est le huitième, est très léger; infusion amère, guérison. (Nepple, *ouvrage cité.*)

Fièvre intermittente bilieuse double-tierce.

N° 443. Le sieur P***, âgé de trente-huit ans, d'un tempérament bilieux, d'une complexion forte, se plaignait depuis quelques jours de lassitudes, de brisement dans les membres, d'inappétence, de dégoût, de pesanteur à l'épigastre, lorsque, le 3 août 1830, il ressentit tout-à-coup un frisson vif qui, d'abord borné à la partie postérieure du tronc, devint ensuite général et fut suivi d'un tremblement si considérable que les dents se heurtaient avec une violence extraordinaire. Au bout de quelques heures, une chaleur intense se déclara, des vomissements de bile eurent lieu; dans la soirée la fièvre se termina par une sueur légère. Le 4, les accidents fébriles reparurent, mais ils n'étaient pas à beaucoup près aussi prononcés que la veille. Le 5, à dix heures du matin, un accès semblable à celui du 3 se manifesta. Ce fut alors seulement que le malade me fit appeler. Voici les symptômes qu'il présentait quand j'arrivai auprès de lui : céphalalgie frontale des plus douloureuses, teinte jaune des yeux et du pourtour des lèvres et des ailes du nez; langue rouge sur les bords, brune et fendillée dans son milieu; sensibilité extrême de l'épigastre et de l'hypocondre droit, soif inextinguible, peau brûlante et sèche; pouls dur, fréquent et serré; urine très foncée, constipation. Vingt sangsues au creux de l'estomac; laisser saigner jusqu'à ce que le sang s'arrête de lui-même, tisane mucilagineuse, diète sévère. Le 6, il y eut un mouvement fébrile, mais si léger qu'il ne dura qu'une ou deux heures, et que le malade ne fut pas obligé de se coucher. Le 7, accès caractérisé par les mêmes symptômes que celui du 5, mais beaucoup moins fort.

Quinze sangsues à l'épigastre pendant la période de la chaleur. Le 8, dix grains de sulfate de quinine dans une potion gommée, à prendre dans la matinée par cuillerées et d'heure en heure. Apyrexie complète le reste de la journée. Le 9, prescription *ut suprà*. Point de fièvre. Le 10, retour de l'appétit, convalescence. (Bonnet, *Traité des fièvres intermittentes.*)

Fièvre intermittente tierce, puis quotidienne.

Nº *444*. Le fils de M. Del..., âgé de quatorze ans, d'un tempérament lymphatique, d'une santé délicate, habituellement pâle et bouffi, éprouva, le 6 octobre 1829 vers le soir, un froid léger qui débuta par les pieds, gagna les jambes et les cuisses, et se propagea de là au reste du corps. Une chaleur modérée survint ensuite, et tous les accidents disparurent dans la nuit du 7. Le 8 un accès plus intense que le précédent se manifesta; le malade se plaignit d'une vive céphalalgie ; il avait des nausées continuelles et vomissait de temps en temps des matières fades et glaireuses ; le ventre était tendu, un peu douloureux, le pouls petit et fréquent, la langue pâle, la soif nulle. Tisane mucilagineuse. Le 9, apyrexie. Le 10, les mêmes symptômes qu'on a observés le 8, se reproduisent; il y avait de plus des coliques accompagnées de selles liquides, une toux fréquente et une tendance assez marquée à l'assoupissement. Huit sangsues à l'épigastre. Le 11, huit grains de sulfate de quinine dans une potion gommeuse. Le 12, point de fièvre. Le 13, continuation du sulfate de quinine. Convalescence. Le 10 novembre il y eut une rechute dans laquelle la fièvre, au lieu d'être tierce, affecta le type quotidien. On a recours sur-le-champ au sulfate de quinine. L'accès suivant manqua, et le malade s'est parfaitement rétabli. (*Id. ibid.*)

Fièvre intermittente simple.

Nº 445. Agé de trente-cinq ans, doué d'un tempérament mixte, peu robuste, supportant avec peine la chaleur et les exercices du corps, je fus contraint, dans les mois de mai et de juin 1822, la saison étant très chaude, de faire de longues courses à pied dans les environs de Montluel, mais non dans la partie marécageuse de mon arrondissement médical. Bientôt j'éprouvai des lassitudes permanentes avec diminution de l'appétit; ce fut dans cette disposition qu'après un repas pris avec dégoût et une longue promenade au soleil, excité par la soif, je mangeai une grande quantité de cerises très acides. Le soir même je ressentis des horripilations, une lassitude générale plus prononcée ; mais je n'éprouvai aucun sentiment de douleur ou de malaise à l'épigastre. Les deux jours suivants, l'appétit est nul, la langue est blanche, humide, sans mauvais goût, sans désir de boire ; le ventre est souple ; pendant toute la matinée des frissons superficiels et irréguliers parcourent la région dorsale; les genoux et les cuisses sont brisés; tout le système musculaire est sans force; dans le reste de la journée des bouffées de chaleur s'élançaient à la face, les orbites sont pesants, mon sommeil est pénible, le pouls est à peu près dans son état ordinaire. Le quatrième jour, à huit heures du matin, je ressens dans le dos un frisson plus profond et plus prolongé, très modéré néanmoins. Le brisement des membres inférieurs devient fort douloureux ; la face est pâle, le nez froid, la bouche sèche, la soif se fait sentir, et j'éprouve quelques nausées ; les poumons restent parfaitement libres. Au bout d'une heure et demie le froid cesse, et avec lui l'état douloureux des membres et les nausées ; la chaleur succède insensiblement en commençant par la tête, qui devient douloureuse dans la région fronto-orbitaire; la soif augmente, le pouls se relève, devient fréquent et plein. A la sixième heure l'accès est parvenu à son plus haut degré : le front est comme comprimé, les yeux redoutent la lumière et le moindre mouvement de leurs

muscles, la face est rouge, la boisson la plus fraîche ne désaltère pas, la gorge et le palais sont secs, la langue s'y attache lorsqu'elle cesse un instant d'être humectée; l'anxiété est générale, brûlante, presque intolérable. Il faut avoir été atteint de la fièvre d'accès pour avoir une idée du malaise extrême qu'elle fait éprouver ; car ce n'est point une douleur aiguë, c'est véritablement un malaise général, une angoisse indicible; la fièvre continue la plus violente ne produit pas cet état. Le pouls est plein et fort, il donne cent dix pulsations par minute, l'épigastre est un peu sensible à la pression. Cet état se maintient pendant quatre heures, après lesquelles tous les symptômes commencent à baisser, la peau s'humecte, et quatorze heures après l'invasion du frisson, l'apyrexie est complète. Pendant l'intermission dont la durée s'étend depuis minuit jusqu'au surlendemain matin, trente-deux heures, il me reste encore une grande faiblesse, une lourdeur fronto-orbitaire, et je n'ai nul appétit, quoique la bouche soit bonne. Huit sangsues à l'épigastre, limonade, bière coupée, bouillon de poulet et aux laitues, crème d'orge.

Le sixième jour, second accès, débutant à la même heure (huit heures du matin), avec les mêmes symptômes, et précédé d'une nuit agitée ; il se termine dans le même espace de temps par une moiteur plus forte; même intermission, sommeil tranquille; constipation. C'est un phénomène presque constant dans la fièvre tierce, que le calme qui caractérise la nuit qui suit immédiatement l'accès, et l'agitation de la nuit qui le précède ; on pourrait en tirer une conséquence pratique pour l'administration du fébrifuge. Même traitement, les sangsues exceptées. Au huitième jour, apparition du troisième accès à la même heure, les symptômes en sont plus violents; pendant le frisson, les nausées et le brisement des cuisses sont plus pénibles, et dans le deuxième stade, la céphalalgie et la chaleur plus intenses. Une véritable sueur termine l'accès : intermission plus franche, moins de faiblesse. Le dixième jour, le frisson du quatrième accès est plus fort et plus prolongé, il s'y joint des vomissements répétés des boissons, et de quelques mucosités insipides; la chaleur qui succède semble pénétrer en ruisseaux de feu jusqu'à la dernière fibre de mes organes, et me jette dans une angoisse voisine du délire ; il me semble que ma tête bouillonne, ma bouche est aride, soif inextinguible. Je parviens pourtant à tempérer un peu cette chaleur extrême par un mélange très froid de bière et d'eau, par l'application sur le front de compresses imbibées d'oxicrat froid, sans cesse renouvelées, et en me débarrassant de toute couverture. La durée de cet accès est de seize heures ; il se termine par des sueurs abondantes et un sommeil tranquille et prolongé. Au réveil l'appétit se fait sentir, une éruption pustuleuse se forme sur la paupière droite. Potage. Six heures avant le cinquième accès présumé, je prends six grains de sulfate de quinine en une seule dose ; sa présence dans l'estomac ne s'annonce par aucun effet sensible ; la fièvre ne reparaît pas, l'appétit et les forces reviennent rapidement. Six grains de sulfate de quinine dans les deux jours suivants. (Nepple, *ouvrage cité.*)

Fièvre quotidienne inflammatoire.

N° 446. La fille d'un vigneron, âgée de dix-huit ans, d'un tempérament sanguin, était réglée depuis sa treizième année; elle n'avait eu que des maladies propres à l'enfance, comme la rougeole, la variole ; elle habitait depuis peu une maison située au bord d'une rivière. Le 12 octobre 1811, bien que ses règles eussent paru le matin, la malade alla vendanger, fut exposée durant le jour à l'ardeur d'un soleil très chaud, et le soir eut l'imprudence d'aller se laver les pieds à la rivière voisine. Suppression des menstrues; deux heures après, frissons, lassitude générale, pesanteur de tête, tremblement suivi de

chaleur et d'une sueur abondante qui termine l'accès. La nuit suivante, insomnie. Le lendemain, la malade retourne à son occupation ordinaire, mange et boit bien; mais sur les trois heures, frissons et accès complet qui dure cinq ou six heures. Au cinquième accès, la fièvre débute par des frissons de longue durée; les yeux sont brillants; langue humide, pouls fort, peau halitueuse, urines rouges. Huit sangsues à la vulve. Elles tirèrent beaucoup de sang et ramenèrent les règles. Le lendemain plus de symptômes de fièvre. L'écoulement menstruel continue; la guérison est complète. (Pinel, *Nosographie philosophique*, t. I.)

Fièvre tierce inflammatoire.

N° 447. Une domestique âgée de trente-six ans, douée d'embonpoint et de vivacité, le visage plein et coloré, habituellement bien réglée, et jouissant de la meilleure santé, éprouva pendant trois étés une fièvre tierce dont voici les symptômes: invasion vers midi sans symptômes précurseurs; la malade est tout-à-coup saisie, au milieu de son travail, d'un frisson général, et peu après d'un tremblement très fort pendant une heure; tout le visage est violet, la soif extrêmement vive; nul symptôme gastrique, ni muqueux, et même l'appétit subsiste pendant tout le froid à la fin duquel la malade se couche. Alors paraît une chaleur qui devient très intense, quoique toujours halitueuse; le visage est d'un rouge vif et animé, la conjonctive injectée; le mal de tête commence avec la chaleur, s'accroît avec elle et devient très fort, quelquefois même il y a léger délire; la soif est beaucoup moindre que pendant le tremblement; le pouls est grand, fort et fréquent. Au bout de quelques heures il paraît une sueur universelle et copieuse, à la suite de laquelle la malade se lève vers le soir et mange de bon appétit. Hors le temps des accès elle était comme en santé et vaquait à ses travaux ordinaires.

A chaque récidive de la fièvre intermittente elle fut guérie au quatrième ou au cinquième accès par une saignée qu'on fit les deux premières fois au pied et la troisième au bras, sans autre remède et sans que la malade éprouvât aucun inconvénient de cette prompte guérison. (Fizeau, *Mémoire sur les fièvres intermittentes.*)

Fièvre inflammatoire, type tierce.

N° 448. François, de la commune des Esserts, âgé de trente-quatre ans, d'une constitution sanguine, d'une taille au-dessous de la moyenne, mais assez carrée, tête volumineuse, cou court, fut attaqué, le 25 juillet 1829, d'une fièvre intermittente tierce, dont les premiers symptômes furent peu intenses. Durant l'accès il y avait céphalalgie sus-orbitaire qui devenait très forte et gagnait le sommet de la tête au moment de la chaleur; dégoûts, bouche mauvaise et amère, bâillements, engourdissement des facultés intellectuelles, sentiment de fatigue et de douleur dans les lombes, de gonflement dans la région épigastrique, constipation. Un officier de santé des environs fut appelé, fit vomir le malade avec trois grains d'émétique. Le 27, accès plus fort. Céphalalgie plus intense, stupeur suivie de délire accompagnée de symptômes gastriques très prononcés, embarras intestinal, constipation. Deux onces d'huile de ricin procurent plusieurs selles. Le 29, nouveaux frissons qui annoncent un violent accès. Je fus appelé, et quand j'arrivai près du malade, il avait rejeté quelques matières liquides et glaireuses par un effort de vomissement qui avait signalé l'invasion du tremblement; il entrait dans la période de chaleur; les yeux étaient rouges, brillants; figure étonnée, légèrement bouffie; tête douloureuse, et si pesante qu'elle entraîne le malade quand il essaie de se mettre sur son séant, stupeur, surdité sensible, mouvements automatiques des mains, réponses vagues ou

insignifiantes aux questions qu'on lui adresse, prostration générale; langue blanche et sèche, pouls dur et fréquent, peau sèche et chaude. Saignée de vingt-quatre onces. Les sueurs s'établissent plus tard, mais elles sont plus abondantes que dans les précédents accès. Décoction d'orge et de pruneaux pour boisson ordinaire, diète, lavements émollients.

Le lendemain, apyrexie très sensible. Le malade est seulement engourdi et enclin au sommeil; il n'y a pas de dégoût, pas de soif, la langue est blanche; le malade est tantôt dans une indifférence sur tout ce qui le regarde, tantôt un peu inquiet sur sa fièvre. Vingt-quatre grains de sulfate de quinine divisés en six paquets, sont administrés de deux heures en deux heures, délayés chacun dans une tasse d'infusion de fleurs de tilleul et d'oranger. Le 31 juillet, point d'accès fébrile, mais le malade est faible, engourdi; il est comme accablé de fatigue et reste blotti dans son lit d'où on a peine à lui arracher quelques mots et à le faire soulever pour lui donner à boire. La chaleur et la transpiration sont presque continuelles. Le 1er août, on administre encore six grains de sulfate de quinine divisés en deux doses et délayés dans une infusion de petite centaurée; bouillon de veau et de poulet pour boisson ordinaire; langue toujours blanche; le malade n'a ni faim ni soif; lavements émollients. Le lendemain, même état d'indifférence, de fatigue et d'inappétence; large vésicatoire à la nuque; frictions sèches et rudes exercées sur les membres supérieurs et inférieurs; infusion amère de petite centaurée. Le 3, le malade se plaint de son vésicatoire; le moral commence à se ranimer et le physique à reprendre ses fonctions; l'appétit se prononce. La convalescence est déclarée, et la guérison rapide.

Fièvre quarte et tierce inflammatoire.

No 449. Jean M***, de la commune de Reignier, âgé de quarante ans, taille moyenne, tempérament sanguin, forte constitution, très laborieux et vivant sobrement, n'avait jamais eu d'autres indispositions que des toux et des catarrhes, pendant les hivers précédents. Vers le milieu de septembre 1829, il fut pris de fièvre intermittente à la suite de travaux fatigants, assidus et prolongés, malgré l'intempérie de la saison. La veille de l'invasion de la fièvre, il avait même reçu une averse sur le corps qui ne l'avait point décidé à changer d'habillement. La fièvre débuta par des frissons et un grand froid dans le dos et les extrémités, mal de tête, toux sèche, bouche pâteuse, dégoût pour les aliments, fatigue et accablement qui le forcent de se mettre au lit; la chaleur et les sueurs se succèdent et durent assez long-temps. Le lendemain, il n'y a qu'un peu de fatigue et de malaise général, le malade sort pour ramasser des fruits; le jour suivant, il est si bien qu'il se croit guéri et reprend ses travaux de labour.

Le troisième jour, accès semblable au précédent, même terminaison. Tant que la fièvre lui permet de travailler pendant deux jours de suite, le malade s'en inquiète peu et continue son genre de vie ordinaire. Mais après plusieurs accès le mal de tête devient très violent, la toux fatigante; l'oppression et la difficulté de respirer ne disparaissent plus entièrement pendant les jours d'intermittence; de fortes quintes de toux se renouvellent chaque soir de manière à empêcher le repos et le sommeil. Quand je vis le malade le 28 septembre, jour de son accès, la peau était chaude et sèche, la face rouge, le teint et les yeux animés, la langue blanche et sèche; inappétence, pouls fort et plein, respiration pénible, sentiment de constriction et de gêne vers le haut de la poitrine et sur les côtés, céphalalgie devenue insupportable par les quintes violentes de toux; anxiété, abattement, prostration des forces; retour de quelques frissonnements dans les extrémités inférieures, douleur dans les épaules. Saignée copieuse, boissons adoucissantes, diète. Les sueurs

se font attendre assez long-temps, mais finissent par être très abondantes. Le malade repose durant la nuit, et le lendemain se trouve avoir repris ses forces et son appétit. Lait chaud et sucré pour toute nourriture. Le 30, le malade est impatient de sortir, mais il ne fut pas plus tôt sur les champs qu'il fut pris d'un violent accès de fièvre semblable aux précédents. Les symptômes gastriques sont plus prononcés, il y eut des nausées et plusieurs vomissements de lait caillé; angoisse, oppression et faiblesse extraordinaire. Quand je revis le malade, le pouls était dur, serré; la céphalalgie intense, la respiration courte, gênée; une douleur assez forte se fait sentir entre les deux épaules surtout pendant la toux; pâleur et inquiétude, yeux rouges, saignement par le nez, abattement extrême. Nouvelle saignée de dix-huit onces, eau de gomme édulcorée avec le sirop capillaire, diète. J'attends que l'apyrexie se manifeste pour administrer le quinquina. Elle ne s'établit pas; il n'y a qu'une rémission bien sensible. Le 2 octobre, il commence l'usage du sulfate de quinine. Il en avait pris huit grains en deux doses quand un nouvel accès arriva de midi à une heure. Les frissons sont moins longs, la toux, l'oppression, la céphalalgie moins marquée, la chaleur et les sueurs se prolongent comme de coutume, la bouche reste pâteuse, l'oppression et l'inappétence continuent, mais sans soif, sans rougeur, ni sécheresse de la langue, ni fréquence du pouls. Le sulfate de quinine est administré à la dose de trois grains, de deux heures en deux heures, et délayés dans une décoction de petite centaurée. Le quatrième, dix-huit grains de sulfate de quinine avaient été administrés avant le retour présumé de l'accès; il ne fut retardé de deux heures, ou plutôt il n'eut pas lieu, car tout se borna à un peu de chaleur, d'oppression et de malaise général. La toux est accompagnée de crachats muqueux, l'appétit commence à se faire sentir. On continue la décoction de petite centaurée. Il n'y a pas de nouveaux accès; la toux et l'expectoration persistent quelques jours, parce que le malade ne peut s'empêcher de prendre l'air extérieur qui est froid et humide. Il n'y a pas de rechute.

Fièvre inflammatoire d'abord tierce, puis rémittente quotidienne.

No 450. Marie, du bourg de Flamet, repasseuse, âgée de trente-six ans, d'une petite taille, d'une bonne constitution, n'avait jamais eu de maladie grave. Mère de quatre enfants bien portants, elle accoucha d'un cinquième au commencement de février 1829. Douée d'un courage et d'une grande vivacité naturelle, encouragée d'ailleurs par l'heureuse expérience du passé, elle ne demanda ni les soins ni les conseils de l'art pour son dernier accouchement. Elle fit des efforts inouïs pour se débarrasser le plus tôt possible d'un gros garçon qu'elle fit sain et plein de vigueur. Le placenta fut expulsé de même très rapidement, soit par les contractions de la matrice, soit par les efforts très prononcés de la malade. A la suite de tout cela, pertes immodérées de sang, coliques, sentiment de pesanteur et douleurs vives dans le bas-ventre. La malade ne peut uriner qu'avec difficulté et se plaint d'une ardeur brûlante occasionnée par le passage des urines. Quand je la vis pour la première fois, le 16 février, huit ou dix jours après son accouchement, elle éprouvait encore des pertes assez abondantes de sang pur, chaque fois qu'elle donnait à téter à son enfant. Face pâle, air inquiet et souffrant, pouls serré, d'une force et d'une fréquence modérées; bouche mauvaise, langue blanche et sèche, soif habituelle, constipation, difficulté d'uriner, douleur et pesanteur dans la région de la matrice; faiblesse et abattement général; retour des pertes sanguines quand la malade exerce des mouvements un peu rapides et chaque fois qu'elle donne le sein à son nourrisson. Repos absolu, lavements adoucissants, potion calmante, régime doux et nourrissant. Le 18 la malade s'impatiente dans son lit, se plaint de ne reprendre ni forces, ni

appétit; cependant les mamelles sont gonflées et fournissent du lait. Elle essaie de se lever, prend froid, et un accès de fièvre se déclare. Pendant le frisson, nouvelles pertes de sang, engourdissement et douleur dans la jambe droite, douleurs plus prononcées dans la région de la vessie et de la matrice; les urines coulent assez souvent, mais avec un sentiment de brûlure. Céphalalgie, bouche mauvaise et amère, langue blanche et humide, fréquentes envies de vomir; agitation, inquiétude pendant la période de chaleur; dès que les sueurs s'établissent, la malade devient plus tranquille et fait un sommeil. Même régime, fomentations émollientes sur le bas-ventre, plusieurs demi-lavements qui ont un bon effet. Le 19, la malade se plaint de n'avoir point d'appétit, d'avoir moins de lait; la bouche toujours amère, les envies de vomir fréquentes. Je cède à son désir et lui fais prendre vingt-quatre grains d'ipécacuanha. Elle rejette en effet une grande quantité de bile, et pour la première fois fait deux selles sans lavement; la dernière selle est accompagnée de coliques. Même ardeur en urinant; chaleur et pesanteur dans le bas-ventre, jambe droite extrêmement pesante, engourdie et douloureuse au genou. Un bouillon est pris et trouvé bon pour la première fois. Régime humectant et adoucissant, frictions chaudes et sèches sur la jambe qu'on enveloppe de flanelle. Le lendemain matin nouvel accès de fièvre, frissons très sensibles qui commencent et se font particulièrement sentir aux extrémités inférieures, dégoût, bâillements, toux sèche, pandiculation, douleur et pesanteur dans la région hypogastrique, mais surtout très prononcée à la partie supérieure interne de la jambe malade; nouvelles pertes sanguines. La chaleur amène un peu de céphalalgie et d'agitation, les sueurs, un peu de calme et le repos. Application de dix-huit sangsues à la partie supérieure et interne de la cuisse près de la vulve; il s'écoule peu de sang par les piqûres. Le 21, la malade est tourmentée du désir de manger, bien que la digestion se fasse d'une manière lente et pénible. Elle est désespérée de voir ses mamelles s'affaisser et de perdre son lait. Le volume et le poids de la jambe a augmenté. Friction avec un liniment camphré et ammoniacal, lavements. Douze grains de sulfate de quinine en quatre doses et délayées chacune dans un demi-verre d'émulsions d'amandes douces. Le lendemain, accès moins sensible; les frissonnements durent peu ainsi que la chaleur, mais celle-ci persiste seule et sans sueurs; faiblesse et malaise général, une espèce de cordon saillant et douloureux se dessine de plus en plus le long de la partie interne de la cuisse, et va répondre à un gonflement assez considérable de la vulve et de l'aine du même côté. L'écoulement des urines est toujours pénible, ainsi que le sentiment de chaleur et de pesanteur dans le bas-ventre. La malade est extrêmement faible, et se tourmente beaucoup de ne pouvoir continuer à nourrir; ses mamelles sont flétries et ne contiennent que peu ou point de lait. Neuf grains de sulfate sont encore administrés en trois doses. Le 24, redoublement fébrile assez marqué, soif plus prononcée que de coutume, toux fatigante et qui rappelle les pertes sanguines; l'enflure de la jambe s'étend au-dessous du genou, elle est si engorgée, si pesante que la malade est obligée de la prendre à deux mains pour la changer de place. Cette enflure est chaude et rénitente à la cuisse, ailleurs elle est froide et cède facilement à l'impression du doigt qui ne s'efface que peu à peu. Trois vésicatoires camphrés sont appliqués, l'un à la partie interne et moyenne de la cuisse malade et les deux autres aux mollets de chaque jambe. Bouillon de poulet pour toute boisson, lavements. Les redoublements fébriles deviennent quotidiens; la sécheresse de la langue et la soif habituelle m'empêchent de revenir au sulfate de quinine. Les fonctions digestives ne reprennent point d'énergie; on essaye de l'eau sucrée vineuse que la malade désire ardemment. Elle y trempe un biscuit qu'elle trouve bon. Le 26, redoublement marqué par une plus grande chaleur et le délire, les vésica-

toires sont en pleine activité, mais ne sont sensibles qu'au moment du pansement; la malade se désole et s'affaiblit d'une manière rapide. On ouvre plusieurs phlyctènes qui se sont développées sur différentes parties de la jambe et du pied engorgés, il s'en écoule beaucoup de sérosité. Dévoiement. Le bouillon de poulet est remplacé par l'eau de riz édulcorée avec le sirop de gomme. Délire et rêvasseries durant la nuit. Le lendemain elle est plus calme, mais la faiblesse est extrême; le pouls est irrégulier. Selles involontaires, excoriations de la partie interne de la cuisse d'où s'exhale de la sérosité rougeâtre et fétide, couleur blafarde des vésicatoires. Le 28 et le 29, redoublements fébriles à des degrés et à des heures qui ne se correspondent point, la respiration s'embarrasse, toutes les fonctions semblent être suspendues en même temps, et la malade succombe le 2 mars.

Autopsie. — Rien de particulier dans l'estomac, si ce n'est quelques pointillements rougeâtres vers la petite courbure; deux ou trois plaques rouges dans le duodénum; l'extrémité inférieure des intestins grêles est remplie de matières jaunâtres et grisâtres assez tenaces; dans le cœcum et le colon quelques élevures blanchâtres et superficielles; traces d'inflammation plus sensibles sur le rectum dont la muqueuse présente des stries rouges et des points noirâtres. Le corps de la matrice est beaucoup plus dur et plus volumineux qu'il ne doit l'être après un mois d'accouchement, les parois en sont épaisses, gonflées et d'un rouge brun. Du côté droit se trouvent des espèces de mamelons rugueux qui correspondent à un engorgement inflammatoire du cordon et de l'ovaire du même côté. Les parois de la vessie sont gonflées et rouges dans la moitié de sa surface qui correspond à l'embouchure du méat urinaire. Le tissu cellulaire sous-cutané de la jambe droite présente presque dans toute son étendue un pouce d'épaisseur au moins, à la partie supérieure et interne de la cuisse il est dur, comme lardacé; il ne cède qu'avec bruit à l'action du scalpel. Au côté droit de l'abdomen et à la partie la plus déclive une énorme poche qui s'était formée presque subitement la veille de la mort, entre la peau et les muscles sous-cutanés; cette poche renfermait une demi-pinte de sérosité jaunâtre.

Fièvre intermittente double-tierce nerveuse.

N° 451. M. Soulages père, de Lunel, âgé de soixante-six ans, s'alita le 21 septembre 1782. Depuis quelque temps il se plaignait d'une existence pénible et de rêver toutes les nuits d'objets très disgracieux. Au cinquième paroxysme il survint une attaque de convulsions très alarmante qui laissa une paralysie de la langue. Dès son début la fièvre s'était fait remarquer par un affaissement particulier, et le malade s'était plaint d'une douleur soutenue dans la région lombaire. Les paroxysmes quotidiens marchaient en double tierce et leur intensité se correspondait à jours alternatifs. M. Soulages avait déjà été vidé par l'émétique et le surlendemain par un purgatif dont les effets furent soutenus par des mixtures cordiales. Mon premier soin fut de faire appliquer une ventouse à la nuque et administrer des frictions rudes aux extrémités inférieures. La raison de la préférence que je donnais à ces moyens, trop négligés peut-être, sur les vésicatoires, fut fondée sur le pouls qui, lorsqu'il est mauvais, contre-indique ces topiques, de peur que, après la surexcitation des forces dues à l'irritation, l'atonie ne soit plus grande et plus fâcheuse. On continua les potions cordiales animées avec le *lilium* de Paracelse et l'*esprit* de Mindérérus. La tisane fut une infusion de fleurs de camomille romaine, adoucie avec le miel, le ventre était *fermé*. A ma visite du lendemain matin, la paralysie de la langue n'existait plus, le paroxysme était tombé sur les quatre heures du matin, et dans la rémission, le malade avait l'air étonné, du penchant à dormir. Son pouls était lent et

irrégulier sans faiblesse. On appliqua les vésicatoires. La reprise qui suivit et qui commença sur les neuf heures du matin, fut seulement remarquable par des disparates et une certaine difficulté à s'exprimer.

Le septième paroxysme, qui débuta à dix heures du matin, amena de nouveau l'attaque des convulsions et la paralysie de la langue avec beaucoup d'affaissement. Trois gros de quinquina en substance sont administrés de deux heures en deux heures, associés avec trois grains de carbonate ammoniacal dans un véhicule composé de vin et d'eau. Ses heureux effets furent marqués d'abord par la disparition de l'affection paralytique et convulsive, ensuite par la moindre intensité du plus grave paroxyme. J'eus recours à la teinture d'Huxham comme mieux appropriée à la débilité. Ce médicament termina heureusement une maladie que l'âge du malade et la gravité des symptômes annonçaient devoir être mortelle. Il prit en tout trois onces de quinquina en substance et deux onces sous forme de teinture. (Baumes, *Traité des fièvres rémittentes*, t. II.)

Fièvre intermittente nerveuse, type tierce.

No 452. Constant M**, âgé de treize ans, d'un tempérament mixte, tenant à la fois du lymphatique et du nerveux, taille très allongée pour son âge, tête volumineuse, développement précoce des facultés intellectuelles; constitution physique généralement faible et molle, passions douces, se livrant avec succès à l'étude, fut attaqué de fièvre intermittente tierce au collége de Bonneville, au commencement d'avril 1829. Combattue par force évacuants, la fièvre céda, mais le malade resta d'une susceptibilité physique et morale très grande; les fonctions digestives étaient tantôt languissantes, tantôt d'une activité telle que l'appétit était insatiable et accompagné d'une soif habituelle. Il lui était resté encore, depuis la guérison de la fièvre, une toux sèche qui le fatiguait beaucoup et rendait son travail pénible. Le jeune malade maigrissait et son teint était pâle; ses parents le rappelèrent auprès d'eux. Il fut soumis à un régime doux et lacté. La suspension de toute espèce d'étude, l'exercice journalier en plein air et un large vésicatoire sur le devant de la poitrine dont on entretint la suppuration pendant plusieurs jours, dissipèrent la toux: il reprit promptement des forces et une bonne santé.

Il en jouissait depuis deux mois, quand la fièvre intermittente se manifesta de nouveau le 5 juin, à la suite d'un refroidissement qu'il éprouva sur le bord d'une rivière où il ôta ses habits pendant qu'il était en sueur. Aussitôt il fut pris de frissons, de céphalalgie, d'un sentiment de fatigue générale, de pesanteur dans les bras et les jambes tel qu'il eut peine à regagner la maison paternelle. Il y avait de plus un engourdissement du moral si marqué, qu'on ne pouvait rien obtenir en le questionnant. Les yeux étaient un peu hagards, la pupille dilatée, la face pâle, légèrement bouffie, le pouls petit et lent, la peau sèche, généralement froide surtout aux extrémités; salivation abondante et pituiteuse. Après une heure de frisonnements très sensibles et pendant laquelle le malade est resté serré contre lui-même en forme de peloton, la chaleur commence à se faire sentir. Le malade se remue dans son lit; il étend et allonge ses membres; il rend une grande quantité d'urine limpide et à peine colorée en jaune, et boit un verre d'eau chaude sucrée. Céphalalgie plus intense, anxiété générale, espèce de morosité qui contraste avec le caractère du malade; agitation très grande ou assoupissement accompagné de soupirs. Cet état se prolonge pendant deux heures. Alors la peau qui était restée chaude et sèche, devient douce et bientôt humide autour du tronc. Le calme se rétablit; et, après avoir bu un second verre d'eau sucrée, le malade s'assoupit; le sommeil et les sueurs générales s'établissent en même temps; nuit plus agitée que de coutume.

Le lendemain, calme parfait; le malade se lève; toutes les fonctions s'exécutent comme dans l'état de santé; son teint est pâle, mais il ne se plaint que d'un peu de pesanteur de tête et de courbature dans le dos. Le 7, avant midi, il est généralement bien, déjeune comme à l'ordinaire; mais vers les six heures, nouvel accès semblable au précédent. Le frisson se prolonge davantage; même état de fixité dans le regard et d'engourdissement des fonctions intellectuelles; obtusion sensible de la vue et de l'ouïe; toux sèche, céphalalgie intense, douleur lombaire, tiraillement prolongé dans les bras et les jambes. Période de chaleur moins longue que la précédente, mais agitation extrême, céphalalgie insupportable, yeux larmoyants, lamentations. Le malade s'endort à mesure que les sueurs s'établissent; il se réveille en sursaut plusieurs fois, se soulève, se tourne et se retourne avec force dans son lit, puis se rendort.

Le 8, apyrexie. J'attends du sulfate de quinine pour lui en administrer. Le 9, l'accès se montre deux heures plus tôt par suite d'une contrariété qu'a éprouvée le jeune malade. Mêmes symptômes, la toux, les pandiculations, la céphalalgie, la stupeur, sont on ne peut plus marquées durant le frisson; la morosité, l'inquiétude et le délire caractérisent la seconde période. Le 10, apyrexie. Je fais prendre au malade douze grains de sulfate de quinine, en quatre doses et délayées chacune dans un peu de vin rouge. Le 11, une nouvelle dose de quatre grains dans la matinée. Aux heures habituelles de l'accès le malade est seulement fatigué et dégoûté de tout; il demande à se mettre au lit. Nuit assez agitée. Le lendemain, le malade est faible, engourdi, les pupilles dilatées; il est altéré et sans appétit. Le 13, les fonctions se rétablissent. Décoction de petite centaurée pendant plusieurs jours. Guérison.

Autre fièvre intermittente nerveuse, même type.

N° 453. Charles P***, de la commune de Reignier, âgé de dix-sept ans, constitution lymphatico-sanguine, maigre, d'un physique faible et peu développé, fut pris de fièvre intermittente tierce, vers le milieu de septembre 1829, époque où cette fièvre régnait sous différents types et comme épidémiquement dans sa commune où elle est ordinairement assez rare. Quand je vis le malade, il avait la fièvre depuis vingt jours et avait été beaucoup évacué par le haut et par le bas. Il avait fait usage de quelques boissons amères, surtout d'une décoction de gentiane. La fièvre avait persisté. Le malade était pâle, débile, d'une figure blafarde et un peu bouffie, et d'une apathie extrême. N'ayant pas de douleurs aiguës, il s'inquiétait peu d'une fièvre qui légitimait sa paresse et son indolence. Il se trouvait compensé des souffrances de la fièvre par l'exemption des travaux de la campagne auxquels il était obligé de se livrer, et qu'il redoutait beaucoup. Ses yeux étaient creux et fatigués, le ventre pâteux et assez volumineux relativement à l'état de maigreur des autres parties; pouls faible, langue blanche, fonctions digestives comme dans l'état normal, sauf des évacuations alvines plus fréquentes et souvent liquides; peau habituellement sèche. Ce qu'il y avait de plus saillant dans les symptômes de l'accès fébrile, c'était la stupeur et l'engourdissement des fonctions intellectuelles; les frissons commençaient par les extrémités inférieures et le dos, puis se répandaient par tout le corps; bâillements, dégoûts, céphalalgie, pouls petit et serré, abattement, faiblesse extrême; urines abondantes et chaudes; chaleur modérée, avec anxiété et rêvasseries; sueurs peu abondantes. Point de symptômes gastriques prononcés comme chez la plupart des autres malades qui étaient atteints en même temps de fièvre intermittente. Le 5 octobre, dix-huit grains de sulfate de quinine sont administrés en six doses, délayées chacune dans un demi-verre de décoction de petite centaurée. L'apyrexie était complète. Le 6,

point d'accès fébrile; le malade est seulement faible, fatigué, appesanti au physique et au moral. On continue la décoction de petite centaurée. Régime tonique et restaurant. Le 8, nouvel accès. Cependant le malade ne paraît pas avoir commis d'imprudence; il n'a été soumis à aucune fatigue, à aucune intempérie: il est resté tranquille dans sa chambre et le plus souvent étendu sur son lit; le régime et les amers ont été continués. En réfléchissant à cette manière d'être du malade, à l'état de ses yeux, à l'extrême dilatation des pupilles, à son âge, à ses inclinations sédentaires, etc., tout me fit penser qu'il avait de mauvaises habitudes, et en effet je l'amenai à me faire l'aveu qu'il se livrait souvent à la masturbation. De nouvelles doses de quinine, des soins moraux, une surveillance attentive, beaucoup d'exercice au grand air, des frictions sèches exercées sur toute la surface du corps, un régime restaurant, rétablirent peu à peu le malade.

Fièvre muqueuse rémittente quotidienne.

No 454. Un jeune homme de vingt-trois ans, d'un tempérament bilieux, d'une constitution robuste, entra le 22 brumaire au soir à la Charité, malade depuis dix jours. L'invasion avait eu lieu par frissons, céphalalgie, chaleur, puis sueurs et enfin rémission. Les dix jours suivants, retour de l'accès dans la matinée à des heures indéterminées; rémission sans apyrexie. Observé le 23 au matin, époque de la rémission, onzième jour de la maladie, il présentait les symptômes suivants : l'air souffrant, oppression très remarquable, peau chaude et sèche, abdomen un peu tendu, langue blanchâtre, peu de céphalalgie, soif extrême, constipation opiniâtre, urines abondantes. Les onze, douze et treizième jours, fièvre toujours très forte, pouls développé, point dur, très fréquent, supination, soif extrême, stupeur universelle, langue assez nette chaque soir, accès par frisson, tremblement et chaleur. Petit lait avec tamarin et miel, infusions de bourrache avec oxymel scillitique, poudre tempérante. Quatorzième jour, au matin, stupeur, supination, pouls très fréquent et fort large, abdomen souple quoique volumineux; à quatre heures après-midi, accès en froid sans tremblement, puis chaleur, et ensuite sueur à la tête seulement; à huit heures, oppression, pouls très fréquent et très développé; audition difficile depuis quelques jours, étourdissement très fort, nulle constipation. Quinzième jour, soubresauts des tendons, supination, affaissement extrême, pouls médiocrement développé, un peu fréquent et faible; langue nette, rouge et sèche, stupeur très marquée; le soir pouls plus fréquent, mou, faible, stupeur moindre. Seizième jour au matin, même état que le soir précédent; vers les quatre heures après-midi, frissons, tremblement, puis chaleur, augmentation du délire qui oblige d'attacher le malade. Le soir, délire très violent; il se découvre; de temps en temps excitations très violentes; nuit dans le même état. Dix-septième jour au matin, toujours mouvements convulsifs et délire, langue nette, humectée; pouls tendu, fréquent, très concentré, filiforme, abdomen souple. A quatre heures, accès comme le précédent; le soir, pouls plus développé et nullement tendu. Le malade se découvre toujours la nuit. Potion cordiale antispasmodique et camphrée, eau de riz avec sirop de limon et un huitième de vin blanc, bol camphré et nitré. Dix-huitième jour au matin, supination, prostration de forces, stupeur, yeux éteints, langue sèche assez nette, devenant sale vers le fond; abdomen un peu tendu sans être volumineux; toujours selles convenables; pouls assez développé, faible et un peu fréquent; vers le soir accès. Dix-neuvième jour, commencement de crise; l'ouïe revient, la stupeur diminue, la langue se couvre d'une couche blanche, elle est humectée; le soir, accès; à huit heures, la joue droite est froide, la gauche très chaude; sueur universelle pendant la nuit. Potion antispasmo-

d'que nitrée, bol camphré et nitré, limonade végétale vineuse. Vingtième jour au matin, pouls mou, large, très fréquent ; langue bien humectée, abdomen ballonné. Le soir, pouls un peu moins fréquent, sueurs abondantes universelles; la joue droite est fort rouge, la gauche un peu pâle; depuis hier, toux avec expectoration de crachats épais et visqueux, d'un blanc grisâtre; la toux très pénible par la douleur qu'elle occasionne sur l'épigastre et derrière le sternum. Décoction de quinquina avec tamarin, limonade végétale vineuse, bol camphré et nitré. Vingt-unième jour, fonctions intellectuelles en bon état, oppressions, respiration un peu pénible, langue humectée, couverte d'un enduit blanc; le malade dit qu'il se trouverait bien sans la toux; pouls faible, assez large, assez fréquent et tendu, abdomen ferme sans être ballonné; selles rares, urines assez abondantes; nul redoublement le soir. Petit lait et tamarin, limonade végétale, bol camphré et nitré; manne et tamarin. Vingt-deuxième jour, à peu près même état ainsi que les trois jours suivants. Potion cordiale antispasmodique, infusion de bourrache et oxymel scillitique. Vingt-troisième jour, manne et tamarin, julep somnifère. Vingt-quatre et vingt-cinquième jour, continuation des crachats qui sont très épais, homogènes, un peu grisâtres, tout-à-fait puriformes et assez abondants. La langue s'humecte, l'appétit revient; il n'y a plus qu'un peu de fréquence dans le pouls et un léger redoublement chaque soir. Les vingt-six, vingt-neuf et trentième jours, les crachats diminuent chaque jour, sont moins grisâtres, moins puriformes; ceux du trentième jour sont très blancs et paraissent muqueux: apparence de convalescence prochaine. Dans les jours suivants, les crachats cessèrent tout-à-fait; la peau devint très nette, les forces reparurent à mesure que le malade mangeait. Le 25 frimaire, quarante-quatrième jour de sa maladie, il sortit encore faible de l'hôpital. (Fizeau, *Mémoire cité.*)

Fièvre muqueuse intermittente quotidienne.

N° 455. Dans le mois de septembre 1822, entre à l'hôpital un jeune homme de dix-huit ans, pâle, bouffi, généralement infiltré, berger dans la Bresse quoique étranger au pays, passant la nuit dans les champs, ne buvant que de l'eau, et travaillé par une fièvre tierce depuis plus de quinze jours. Le dernier accès avait été si violent, qu'on avait été obligé de transporter ce malheureux sans connaissance jusqu'à l'hôpital. A son entrée, l'accès était sur son déclin, la sueur presque nulle; la langue était blanche, le malade conservait un peu de soif; il avait une toux sèche, de la difficulté à respirer, des palpitations. Outre l'infiltration générale, on sentait une fluctuation dans l'abdomen, et une tuméfaction considérable de la rate; diarrhée modérée avec quelques tranchées, légère douleur à la pression, bouche amère.

Le lendemain, dans le milieu du jour, retour de l'accès par un frisson général avec tremblement, augmentation de la toux et de l'oppression, céphalalgie frontale, langue sèche, soif modérée, grande anxiété, nul trouble dans les idées, déclin de la fièvre dans la nuit, sans sueur pendant ce paroxysme; l'anasarque a fait des progrès. Le troisième jour de l'entrée, un grain d'émétique amène des vomissements bilieux et des déjections alvines avec des tranchées, une grande soif et même des douleurs de ventre augmentant à la pression. Dix sangsues autour de l'ombilic font disparaître ces douleurs, mais les déjections alvines persistent. Eau gommée nitrée. Quatrième jour, l'accès est léger, mais l'infiltration générale fait des progrès rapides, la respiration s'embarrasse de plus en plus, le pouls est vif et serré, soif, apyrexie presque complète, sans sueur. Trois vésicatoires, cinq grains de sulfate de quinine. Sixième jour, on oublie de donner une seconde dose de sulfate de quinine; l'accès est plus fort, la langue pâle, mais très sèche; toux conti-

nuelle, suffocation, céphalalgie nulle, apyrexie moins prononcée. Septième jour, six grains de sulfate de quinine avec vingt grains d'acétate de potasse. L'accès ne paraît pas, mais l'infiltration est devenue si considérable, que le malade ne peut plus respirer, et que la suffocation entraîne la mort dans la nuit.

Nécroscopie. — Infiltration générale énorme du tissu cellulaire, surtout du tissu cellulaire sous-cutané. Poumons infiltrés sous leur membrane pleurétique, crépitants, excepté vers leur face postérieure et dans le lobe droit supérieur qui se trouve dans un état d'hépatisation molle et blanchâtre. Membrane muqueuse bronchique, rouge, lisse, peu humectée. Sérosité limpide remplissant les deux cavités thoraciques, épanchement de même nature dans le péricarde et dans la cavité péritonéale. Cavités droites du cœur et troncs veineux gorgés de sang noir. L'estomac paraît d'une couleur et d'une consistance naturelles, excepté près de l'orifice pylorique où l'on aperçoit sur la membrane muqueuse une rougeur très vive, et un épaississement mou, comprenant toutes les tuniques. Le foie est très volumineux, d'un brun verdâtre, d'une consistance molle, gorgé d'un sang noir; la vésicule est pleine d'une bile verte. La rate est trois fois aussi volumineuse qu'elle devrait être dans l'état sain; son tissu est mou, il se déchire avec la plus grande facilité, et laisse écouler comme une bouillie noirâtre. Les intestins sont pâles et flasques, plusieurs anses de l'intestin grêle sont invaginées, sans présenter dans aucun point de la membrane muqueuse une altération quelconque, excepté une moindre consistance; une matière pultacée jaunâtre jointe à un fluide visqueux la recouvre. (Nepple, *ouvrage cité.*)

Fièvre intermittente muqueuse, type tierce.

N° 456. Jenny, âgée de soixante ans, d'une faible constitution, se rend à l'infirmerie de la Salpêtrière, après avoir eu quatre accès de fièvre sous type tierce (huitième jour de la maladie); le soir, retour de l'accès suivi d'une sueur abondante; chaleur de la peau, pouls fréquent, soif. Douzième jour, frisson commençant par les pieds et s'étendant à tout le corps; alternative de froid et de chaud, chaleur vive de courte durée, sueur abondante; langue sèche, gercée; bouche amère, pouls fréquent. Quinzième, horripilations pendant une demi-heure, chaleur durant neuf heures, avec ardeur d'urine. Vingtième, frisson violent; durant la rémission, engourdissement des pieds, douleurs abdominales, langue tantôt sèche, tantôt humide. Vingt-quatrième, point de sueur après l'accès. Le lendemain, paroxysme; peu de changement jusqu'au vingt-neuvième jour; à cette époque, diminution progressive des symptômes jusqu'au trente-troisième; alors, œdématie des membres abdominaux. Trente-cinquième, vomissement spontané, traits de la face altérés, pâleur, accroissement de l'œdématie, prostration, pouls faible, fréquent. Quarantième, dévoiement, chute totale des forces. Quarante-deuxième, selles sanguinolentes, anasarque; mort dans la nuit du quarante-trois au quarante-quatre jour.

Autopsie. — Abdomen météorisé, duquel s'échappe au premier coup de scalpel un gaz très fétide; épanchement d'un fluide séreux; les intestins offrent dans toute leur étendue des taches bleuâtres, livides, de différentes grandeurs; *la membrane muqueuse ne présente aucune trace d'inflammation;* les glandes mésentériques sont considérablement développées et d'une couleur cendrée (Pinel, *Médecine clinique*, p. 60.)

Fièvre intermittente muqueuse, type quotidien.

N° 457. Un individu âgé de trente-six ans, cordonnier, d'une faible constitution, fut pris sur les huit heures du soir, le 21 août 1827, sans cause

connue, de frissons, tremblements, violent mal de tête, soif inextinguible. Le froid dure une heure, puis il survient beaucoup de chaleur qui au bout de huit à neuf heures se termine par une transpiration assez abondante. Tous les jours suivants et à la même heure, des accidents semblables ont paru. Depuis deux ou trois jours il est pris d'un assoupissement très grand et même de perte de connaissance au moment de la fièvre. Le 29 août, jour de son entrée à l'Hôtel-Dieu, langue un peu rouge, soif assez vive, ventre souple et douloureux seulement dans la région épigastrique et l'hypocondre, le gauche est plus douloureux que le droit; la rate paraît tuméfiée, on la trouve sous le rebord des fausses côtes; cœur et poumons sains, strabisme que le malade dit naturel; réponses lentes et paroles incertaines; chaleur de la peau naturelle; pouls assez large, résistant, donne quatre-vingt-dix pulsations par minute. Chiendent, réglisse, lavements émollients, saignée conditionnelle. Aucune variation dans l'état du malade jusqu'au soir neuf à dix heures; alors accès, comme les jours précédents, mais plus fort. Le 30 au matin, résolution presque complète des facultés intellectuelles, sensibilité obtuse, extrémités tombant comme des corps inertes quand on les soulève et qu'on les abandonne; pouls résistant, développé, quatre-vingt-huit à quatre-vingt-dix pulsations. Saignée de pied du trois palettes, lavement purgatif, sinapisme. Légère amélioration. Sur les six heures, il recouvre la connaissance; l'accès paraît sur les dix heures, et est beaucoup plus faible que les autres jours. Le 31, il entend et répond; il remue assez bien le bras droit, mais ne peut mouvoir le gauche qu'avec peine. La sensibilité est encore obtuse, mais beaucoup moins. Le pouls est toujours développé, résistant, et donne cent pulsations. Trente sangsues à la base du crâne, lavement purgatif, sinapisme. Même état tout le jour.

Le soir sur les neuf heures, accès. Le 1er septembre, il est à peu près dans le même état que le 30 août au matin. La langue est molle, le ventre paraît moins douloureux. Dix grains de sulfate de quinine immédiatement. A peu près même état tout le jour; le soir, l'accès est moins fort que le précédent. Le 2 septembre, il a recouvré la connaissance et est à peu près dans le même état que le 31. Sulfate de quinine, six grains en deux doses, un demi-lavement avec un demi-gros d'extrait de quinquina. Cette amélioration continue jusqu'au soir; à dix heures l'accès paraît, et le 3 au matin on le trouva à peu près dans le même état que le 1er, sans aucune connaissance, etc. Dix grains de sulfate de quinine, un demi-lavement avec un demi-gros d'extrait de quinquina, des vésicatoires aux jambes, n'amènent aucun changement dans son état. Le soir, sur les neuf heures, accès promptement suivi de la mort; à neuf heures et demie il n'est plus.

Autopsie, trente-cinq heures après la mort. — La muqueuse de l'estomac est uniformément ardoisée, épaissie et un peu ramollie, celle des intestins est saine. La rate est doublée de volume; elle est molle, à peine est-elle incisée qu'il s'écoule une matière noirâtre, ayant la consistance de la lie de vin. Par une douce pression on fait écouler cette matière, et la rate lavée se trouve réduite à sa membrane propre et à sa trame celluleuse. Le foie est un peu plus volumineux que dans l'état normal; son tissu offre une couleur beaucoup plus foncée que dans l'état ordinaire; il est ramolli; les doigts y pénètrent avec facilité et le réduisent en une espèce de bouillie. L'épiploon est très rouge et gorgé de sang. Les poumons sont sains; le cœur est mou et contient du sang liquide et noir; on en trouve aussi dans les gros vaisseaux, dans la veine porte surtout. Le cerveau est appliqué immédiatement sur la dure-mère qui paraît très tendue; les veines qui rampent à sa surface et à celle du cerveau sont gorgées de sang noir. Tout le tissu de la pie-mère et la substance cérébrale elle-même sont gorgés de sérosité. La substance corticale est d'une couleur verdâtre et la médullaire

d'un blanc très terne. Le tissu du cervelet offre le même aspect; ces tissus sont plus résistants que dans l'état sain. Rien de remarquable dans le rachis et dans les autres organes. (Robonam, *Clinique des hôpitaux*, 1827.)

Fièvre intermittente muqueuse quotidienne.

No 458. Une fille âgée de vingt-neuf ans, d'un tempérament lymphatique, ayant la tête et les membres volumineux, la peau molle, pâle et jaunâtre, avait été sujette à des engorgements des glandes du cou dans son enfance; depuis quelques années, elle était exposée à des aphthes; à chaque retour menstruel elle éprouvait des défaillances, des coliques, des douleurs des membres: elle avait une leucorrhée ancienne qui s'était supprimée depuis cinq mois; cette suppression avait été suivie de gonflement de l'abdomen, d'œdématie des pieds et des jambes, de coliques continuelles, de vomissements spontanés, notamment après le repas.

Depuis quelque temps, il était survenu une diarrhée avec ténesme, des frissons irréguliers le jour et une sueur légère la nuit: céphalalgie continuelle, langue couverte d'un enduit muqueux, anorexie, pâleur du visage. Cet état dura quelque temps; la fièvre se régla et prit le type quotidien intermittent.

Premier jour de la maladie. A quatre heures après-midi, frissons par les pieds, s'étendant progressivement à tout le corps; chaleur, moiteur toute la nuit, céphalalgie occipitale; langue couverte d'un enduit muqueux, gonflement de l'épigastre, coliques, sensibilité de l'abdomen, selles muqueuses, urines assez abondantes. Infusion de genièvre, acétate de potasse. Deuxième. Apyrexie dans la matinée; accès à la même heure ainsi que les jours suivants. Variation légère de l'accès depuis le huitième jusqu'au quatorzième, soit pour les douleurs abdominales et quelques selles muqueuses, soit pour les douleurs contusives des membres; sueur marquée qui eut lieu au dix-huitième. La diminution des accès fut progressive depuis le trente-troisième. Enfin le quarantième fut exempt de frissons, et la chaleur fut suivie d'une sueur abondante. On s'était borné à l'usage d'une infusion amère et du vin d'absinthe pendant long temps, et ce ne fut qu'au vingt-sixième accès qu'on donna les bols préparés avec le quinquina et le fer; ce qui n'empêcha point la diarrhée qui eut lieu le vingt-huitième jour, et qu'il fallut encore soutenir dans la suite, en prescrivant de la rhubarbe en poudre; car les fièvres muqueuses se terminent autant par la diarrhée que par les sueurs. Les paroxysmes ont diminué par degrés; une sueur abondante les a terminés; mais tous les symptômes se sont dissipés progressivement; on a continué le vin d'absinthe; l'appétit est revenu, et la malade est sortie de l'infirmerie *cinquante* jours après son entrée. (Lasteyras, *Dissert. médic. sur la fièvre quotidienne.*)

Fièvre continue gastro-céphalique qui devient intermittente comateuse.

No 459. Devos, soldat au 59e, d'une forte constitution, jouissant habituellement d'une bonne santé, entra à l'hôpital de Bone le 4 juillet, le quatrième jour d'une gastro-céphalite aiguë fort intense, et sans rémission appréciable depuis l'invasion: la céphalalgie était atroce, la langue sèche et d'un rouge de sang, la soif inextinguible, l'épigastre douloureux, la peau sèche et brûlante, le pouls dur et fort. Diète, limonade, saignée du bras de quinze onces, soixante sangsues, dont trente à l'épigastre et trente sur le trajet des jugulaires.

Le 5 matin, apyrexie, disparition totale des phénomènes morbides, soit du côté des voies digestives, soit du côté de l'encéphale; pas même de soif.

Diète, limonade, vingt-quatre grains de sulfate de quinine, à prendre en deux fois, seize grains à sept heures du matin, et huit une heure après. A dix heures, frissons, froid, tremblements ; à midi, coma ; à deux heures, mort dans l'état soporeux, quatre heures après l'invasion de l'accès.

Ouverture du cadavre, dix-neuf heures après la mort. — L'arachnoïde conserve sa transparence ordinaire, et laisse voir sous elle la pie-mère qui est vivement injectée. Tous les vaisseaux de la périphérie de l'encéphale sont fortement congestionnés. Substance cérébrale molle et très injectée, coloration foncée, noirâtre, de la substance grise; sérosité sanguinolente dans les ventricules; plexus choroïde d'un rouge vif. Le cervelet est également mou et injecté. Moelle épinière : injection fine et vermeille de la pie-mère, substance médullaire généralement injectée, et, comme celle du cerveau, légèrement ramollie; ramollissement blanc fluide, de six à huit lignes, à la hauteur des dernières vertèbres dorsales. Poumons crépitants, sains ; quelques légères et anciennes adhérences à la plèvre droite. Le tissu musculaire du cœur est décoloré, mollasse; ses cavités renferment une grande quantité de sang très liquide et très noir. La membrane muqueuse de l'estomac, d'un gris sale, est ramollie et s'enlève par le plus léger grattage : une injection pointillée, vermeille, généralement répandue, indique une irritation récente, entée sur un fond de gastrite chronique. Dans le duodénum, on voit quelques follicules tuméfiés, mais on n'y observe aucune rougeur, soit ancienne, soit récente. Dans la partie supérieure du jéjunum, la muqueuse est d'une teinte gris foncé, avec ramollissement et amincissement des parois du tube digestif; dans l'étendue de deux pieds environ, de nombreux follicules isolés ont le volume d'un grain de millet. La muqueuse est saine ensuite dans une grande étendue, mais aux environs de la valvule iléo-cœcale elle offre les mêmes altérations de couleur et de cohésion qu'à sa partie supérieure, c'est-à-dire que supérieurement et inférieurement elle était malade depuis long-temps, et que ces deux portions ainsi altérées, étaient séparées l'une de l'autre par une grande étendue de membrane restée saine. Les intestins grêles contiennent un grand nombre de lombrics; les gros intestins ne présentent rien à noter. (Maillot, *Traité des fièvres ou irritations cérébro-spinales intermittentes*, 1836.)

Fièvre quotidienne simple qui devient pernicieuse délirante.

N° 460. Molard, chasseur au 3e régiment, âgé de vingt-quatre ans, brun, d'une forte constitution, très musclé, en Afrique depuis quinze mois, n'ayant point encore été malade, était, depuis quelques jours à l'infirmerie régimentaire pour des furoncles à la fesse gauche qui l'empêchaient de monter à cheval. Indépendamment de ces furoncles, il était atteint, d'après ce que nous ont rapporté ses camarades, d'une fièvre quotidienne, dont les accès, revenant à huit heures du soir, étaient tellement courts qu'il les avait cachés aux officiers de santé du corps. Ces accès étaient suivis d'un accablement tel que le malade disait pouvoir à peine se tenir debout tous les matins; il se gardait bien cependant de le déclarer au chirurgien de service, dans la crainte d'être mis à la diète. Les cinq premiers accès furent très simples; mais au sixième il survint du délire, et ce fut pendant sa durée que le malade fut apporté à l'hôpital de Bone, le 15 mai 1834, vers huit heures et demie du matin. Délire triste, peu bruyant, roulant sur des affaires domestiques, préoccupation de l'idée d'une mort prochaine : pouls peu développé; langue lancéolée, rouge à son extrémité, couverte dans ses deux tiers postérieurs d'un enduit blanchâtre; pression sur la fesse gauche arrachant des cris au malade. Saignée au bras de douze onces; quarante sangsues à l'épigastre, vingt sangsues sur les furoncles, vingt-quatre grains de sulfate de

quinine en potion, à prendre en trois fois, la première dose immédiatement après la saignée, et les deux dernières à une heure d'intervalle; limonade, diète. Tout fut fidèlement exécuté. A midi, même état à peu près, toujours du délire; pouls plus développé qu'avant la saignée. A trois heures, délire plus bruyant que le matin, vociférations continuelles; peau très chaude, pouls dur et fort, mouvements convulsifs de la mâchoire inférieure, grincement des dents. Les piqûres de sangsues n'ont presque pas fourni de sang. Saignée du pied qui ne donne pas moins de vingt-cinq onces, fomentations froides sur le front. A huit heures du soir, sueur générale, très abondante, persistance du délire, agitation extrême. Vingt-quatre grains de sulfate de quinine en potion à prendre pendant la nuit. 16 matin, carpologie, délire moins triste, moins bruyant, pouls analogue à celui de la veille, mais beaucoup plus petit; peau froide. Diète, limonade, vingt-quatre grains de sulfate de quinine, deux vésicatoires aux cuisses, deux sinapismes aux jambes. Mort à dix heures, vingt-six heures après son entrée à l'hôpital.

Ouverture du cadavre cinq heures et demie après la mort. — Injection vive et vermeille de la pie-mère : opacité de l'arachnoïde au niveau de plusieurs anfractuosités, tissu cellulaire sous-arachnoïdien infiltré de sérosité lactescente. Congestion très forte de la substance cérébrale ; lorsqu'on la coupe par tranches, et qu'on la comprime légèrement, le sang en sort comme en nappe ; plexus choroïdes rouges; sérosité sanguinolente dans les ventricules. La pie-mère est très finement injectée, d'un rouge vif: substance médullaire, dure, résistante, mais sans injection marquée. Nous aurons plus d'une fois encore occasion de voir le peu de dépendance, le peu de relation qui existe ici entre l'injection des membranes et celle de la moelle elle même. Sommet du poumon droit hépatisé ; adhérences molles entre la plèvre pulmonaire et costale du même côté. Poumon gauche parfaitement sain. Cœur dans l'état naturel ; surface interne de l'aorte et des veines caves, d'un beau blanc. Adhérences anciennes, très minces et très lâches, de plusieurs anses intestinales. Ramollissement général, avec teinte grise, de la membrane muqueuse de l'estomac ; rougeur pointillée, très légère dans le grand cul-de-sac. Dans toute l'étendue de l'intestin grêle, développement anormal des follicules isolés qui ont le volume d'un grain de millet : à quelques pouces au-dessus de la valvule iléo-cœcale, cinq ou six plaques pointillées, noires, sans saillie, présentant cet aspect qu'on a comparé avec justesse à celui d'une barbe fraîchement rasée. Gros intestin sain. Foie volumineux, jaunâtre, sec, cassant. Rate un peu plus volumineuse que dans l'état naturel, ramollie à un point extrême, réduite en une bouillie de couleur lie de vin. (*Id. ibid.*)

Fièvre quotidienne et tierce bénigne, qui devient rémittente pernicieuse et puis continue délirante.

N° 461. Dupont, soldat au 3e régiment de chasseurs, âgé de vingt-six ans, ayant eu, au commencement de l'année, une fièvre intermittente bénigne, entra à l'hôpital de Bone le 19 juillet 1834, le troisième jour d'une fièvre quotidienne dont les accès revenaient à quatre heures du matin. Il était dans le second accès lorsqu'il arriva, vers sept heures. Il se plaignait d'une violente céphalalgie qui avait persisté avec force pendant tout le jour intercalaire; la face était rouge et animée, la soif vive, le pouls plein, dur, accéléré. La langue n'indiquait absolument rien ; elle était humide; elle n'était rouge ni à la pointe, ni sur les bords, ni lancéolée, ni couverte de mucosités soit jaunes, soit blanchâtres ; il n'y avait eu ni vomissements, ni douleur à l'épigastre ; tout l'abdomen était souple et indolore. Les organes de la poitrine ne manifestaient aucune souffrance. Saignée du bras, de quinze onces, qua-

rante sangsues sur le trajet des jugulaires; diète, limonade. A la visite du soir, les voies digestives, jusque là silencieuses, participent à l'affection. Du moins, le malade offre des symptômes qui sont pour nous l'indice d'une gastro-entérite, tels que rougeur des bords de la langue, acération de sa pointe, vomissements, chaleur âcre de la peau, principalement aux parois abdominales. Cinquante sangsues à l'épigastre, vingt grains de sulfate de quinine en potion à prendre pendant la nuit. Le 20 au matin, les symptômes indiqués persistent avec la même intensité. Diète, limonade, soixante sangsues, dont trente à l'épigastre et trente sur le trajet des jugulaires; vingt-quatre grains de sulfate de quinine à prendre dans la matinée. A la visite du soir, légère amélioration. Vingt-quatre grains de sulfate de quinine à prendre pendant la nuit. Le 21 au matin, les signes de gastro-entérite sont aussi prononcés que la veille; il y a eu des vomissements pendant la nuit; céphalalgie beaucoup moindre. Diète, limonade, quarante sangsues à l'épigastre, trente-deux grains de sulfate de quinine en pilules, soixante grains dans un quart de lavement. L'accès, ou, pour mieux dire, le paroxysme, puisque la fièvre était devenue rémittente, ne fut pas prévenu; il s'accompagna d'un délire furieux. Dès ce moment la pyrexie fut continue; on n'aperçut plus de rémittence, et le délire dura jusqu'à la mort, qui arriva le 23 à cinq heures du matin. Pendant les deux derniers jours on s'abstint de toute déplétion sanguine; on mit des vésicatoires et des sinapismes aux extrémités inférieures, et le sulfate de quinine fut encore donné, le 22, à haute dose.

Ouverture du cadavre dix heures après la mort. — Il s'écoule une grande quantité de sérosité en incisant les membranes du cerveau. Arachnoïde généralement opaque; injection fort vive de la pie-mère; cerveau fortement congestionné, dense, ferme; l'injection de la substance grise l'emporte sur celle de la substance blanche; sérosité limpide dans les ventricules. Moelle épinière: sérosité abondante; injection très fine et vermeille de la pie-mère. Substance médullaire ferme, sans injection apparente. Rien à noter, pas même d'adhérence dans les plèvres. Membrane muqueuse de l'estomac épaissie, d'une teinte grise, et ramollie au plus haut degré; dans plusieurs points, et notamment vers le pylore, une injection pointillée, d'un rouge vif. Dans l'intestin grêle on trouve aussi la même coloration grise et le même ramollissement dans plusieurs portions, mais il n'y a point de traces de rougeur pointillée; vestiges d'anciennes plaques gaufrées, et destruction de la membrane muqueuse au voisinage de la valvule iléo-cœcale. Teinte noirâtre d'une grande partie du gros intestin, avec ramollissement et développement d'un grand nombre de follicules. Rate volumineuse, molle, couleur d'une pâte de chocolat à l'eau. Foie énorme, gorgé de sang. (*Id., ibid.*)

Fièvre quotidienne gastrique qui devient tierce et puis rémittente typhoïde.

N° 462. M. S*** âgé de cinquante-six ans, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, atteint depuis plusieurs années de douleurs rhumatismales, habitant Ajaccio depuis dix mois, éprouva, le 29 mars 1832, un malaise général, un accablement extraordinaire, et des frissons qu'il chercha à dissiper en prenant plusieurs tasses de thé. Cet état dura pendant trois jours. Le quatrième, un médecin fut appelé vers sept heures du soir. Il y avait une fièvre assez vive, un peu de céphalalgie, de la soif, de la chaleur et de la sécheresse à la peau; la langue était couverte d'un enduit jaunâtre. D'après le récit du malade, on diagnostiqua une fièvre quotidienne, et l'on remplaça l'infusion de thé par celle de tilleul. Il y eut une sueur abondante pendant la nuit. Le cinquième jour matin, la langue est toujours saburrale, mais elle est moins effilée; il n'y a plus de soif, plus de chaleur; le pouls a cessé d'être fé-

brile. Diète, deux onces d'huile de ricin dans une infusion de thé. Trois selles dans la matinée. A deux heures après-midi, accès bénin. Le sixième jour matin, apyrexie complète. Diète, douze grains de sulfate de quinine à prendre en quatre fois. Retour de l'accès à la même heure que celui de la veille : langue rouge, sèche, effilée ; visage coloré, céphalalgie intense. Le malade se refusant à une saignée du bras, on applique quarante sangsues sur le trajet des jugulaires.

Le septième jour, apyrexie. Les piqûres des sangsues ont donné beaucoup de sang; une sueur abondante a, comme les jours précédents, annoncé la fin de l'accès. Diète, vingt-quatre grains de sulfate de quinine. L'accès ne revient pas ; une semoule est accordée, ainsi que les deux jours suivants. La convalescence paraît s'établir franchement. Du huitième au neuvième jour, la nuit a été très agitée, pouls dur et accéléré, peau chaude et sèche, soif. Diète, petit-lait pour boisson. La nuit du neuvième au dixième jour a été calme ; plus de fièvre. Diète, limonade. Dans la matinée du onzième jour, l'état du malade est devenu beaucoup plus grave : prostration, décubitus sur le dos; expression du visage triste, regard fixe, céphalalgie violente; contractions convulsives des muscles de la face. Diète, limonade, pédiluve. Le soir, tous ces symptômes ont empiré : muscles de la face plus fortement et plus fréquemment convulsés ; sens de l'ouïe exalté au plus haut degré; idées confuses, embarrassées; langue rouge, sèche, effilée; tendance au coma, ballonnement du ventre. Un médecin consultant est appelé. Cinquante sangsues sur l'abdomen et vingt sur le trajet des jugulaires. On obtient peu de sang. Les accidents deviennent de plus en plus graves, et le treizième jour matin, je suis prié de me réunir aux deux autres médecins. Les symptômes observés étaient les suivants : coma vigil, carpologie, grimaces et mâchonnements continuels ; langue acérée, rouge sur les bords, chargée au centre de matières noires et desséchées, dents fuligineuses, pouls plein, fort et fréquent; le malade ne reconnaît personne. Ce sujet, d'une très forte constitution, n'avait presque pas perdu de sang depuis le commencement de sa maladie ; il pouvait donc supporter les larges saignées qui nous paraissaient indiquées. Diète, limonade, saignée du bras de dix onces, trente sangsues à l'épigastre, vingt à l'anus. Le sang se couvrit de la couenne inflammatoire; les accidents s'amendèrent considérablement ; la langue s'humecta; le coma se dissipa en partie; les mouvements convulsifs de la face furent moins forts et moins fréquents. A sept heures du soir, le coma devient plus profond. Saignée de la temporale de huit à dix onces ; fomentations froides sur la tête; cataplasmes chauds aux pieds. A minuit, même état. Saignée du bras de dix onces. Le quatorzième jour, à cinq heures du matin, sueur abondante, rémission prononcée. Le malade reconnaît les personnes qui l'environnent ; il répond juste aux questions qu'on lui adresse ; la langue, toujours couverte d'une couche épaisse de mucosités, est large et humectée. Diète, limonade, trente grains de sulfate de quinine en lavement, et dix grains en potion. Dans l'après-midi, paroxysme ; coma léger. Vingt sangsues aux tempes. Le quinzième jour, rémittence moins bien exprimée que celle de la veille à la même heure ; idées moins nettes ; fièvre plus forte ; état de la langue à peu près le même. Diète, limonade, cinquante grains de sulfate de quinine en lavement ; ce lavement n'est conservé qu'un quart d'heure. Paroxysme à onze heures du matin; délire violent. Saignée du bras de dix onces; continuation des fomentations froides sur la tête, et des cataplasmes chauds aux pieds. Le sang présente encore la couenne inflammatoire. Le seizième jour au matin, les symptômes ont à peu près la même intensité que pendant le paroxysme de la veille. Diète, limonade, cinquante grains de sulfate de quinine en lavement; fomentations froides sur la tête, sinapismes aux pieds. Dans l'après-midi, même état. Quatre ventouses scarifiées sur la tête; vingt-

cinq sangsues au front; deux vésicatoires aux cuisses. Les deux jours suivants, aucun changement. Diéte, limonade; cinquante grains de sulfate de quinine en lavement. Dès le seizième jour, on ne put plus saisir de rémission, et nous eûmes à observer tous les symptômes d'une gastro-céphalite ataxo-adynamique. La langue se sécha de nouveau, et se couvrit une seconde fois de matières noirâtres ; les dents et les gencives redevinrent fuligineuses; la carpologie et le délire furent continus; le pouls petit, accéléré, filiforme. La mort arriva enfin le vingt-unième jour, après une agonie qui dura plus de cinquante heures, et pendant laquelle nous restâmes tout-à-fait inactifs.

Ouverture du cadavre, trente heures après la mort.—Opacité lactescente de l'arachnoïde, surtout à la partie antérieure de l'hémisphère gauche; sérosité purulente en grande quantité, accumulée dans sa cavité. Injection excessivement fine de la pie-mère; congestion des vaisseaux qui rampent à la surface des circonvolutions; substance cérébrale ferme, résistante; substance grise, d'une couleur foncée, tranchant sur la substance blanche, qui contient cependant elle-même tant de sang que, à la section, elle est d'un beau rose satiné; lorsqu'on la comprime, le sang en sort par une multitude de petits vaisseaux excessivement rapprochés. Plexus choroïdes rouges; ventricules renfermant beaucoup de sérosité. L'estomac est d'un volume énorme, distendu par des gaz et des liquides. Dans la plus grande partie de son étendue, la membrane muqueuse est d'un rouge vermeil, et ramollie à un tel point que l'extrémité de l'entérotome, en la heurtant légèrement, y fait une érosion qui, au premier aspect, simule une ulcération. Le duodénum est le siége d'une rougeur pointillée, très serrée. La même altération se rencontre dans plusieurs autres portions de l'intestin grêle. Vers la fin de l'iléum, dans l'étendue de plus d'un pied, la membrane muqueuse présente les mêmes lésions que dans l'estomac, c'est-à-dire qu'elle est d'un rouge vermeil et très ramollie. (*Id. ibid.*)

Fièvre rémittente typhoïde.

No 463. Un tailleur âgé de vingt-quatre ans, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, entré à l'hôpital le 7 février 1824, *racontait* ainsi l'origine de son mal : le 4 du présent mois, ayant pris une certaine quantité de vin, il se coucha souffrant de la tête, ce qui l'empêcha de dormir. Le lendemain il se leva avec peine, perdit les forces et l'appétit, et ne put se remettre à son ouvrage. Le troisième jour, ses camarades lui administrèrent une chopine de vin chaud, qu'il rendit aussitôt par le vomissement; à la céphalalgie s'ajoutèrent des douleurs contusives dans les membres. Le quatrième jour, il but encore du vin chaud qu'il rejeta pareillement par le vomissement. Le cinquième jour, du dévoiement se manifesta; enfin, le sixième jour, il était dans l'état suivant : chaleur brûlante à la peau, céphalalgie obtuse, soif vive, rougeur intense des bords de la langue, dont le centre est couvert d'un enduit jaunâtre et sec; ventre assez souple, non douloureux à la pression; plusieurs selles en dévoiement depuis la veille ; dans la poitrine l'auscultation fait entendre du râle sibilant presque général; le pouls est fort et fréquent. Vingt sangsues à l'anus.

Le septième jour au matin, rémission de la fièvre. Limonade, émulsion, quatre onces; lavement. Au soir, exacerbation des plus fortes. Douze sangsues à l'épigastre. Peu de temps après l'application des sangsues, le malade éprouve des vomissements et une sorte de déraison voisine du délire. Saignée de deux palettes, qui a fourni un caillot marbré à sa surface et diffluent dans son épaisseur.

Le huitième jour au matin, même rémission de la fièvre que la veille; sur le soir, exacerbation, rêvasseries (vingt-deux sangsues à l'anus) qui pendant

la nuit se convertissent en un délire des plus violents; le malade quitte son lit et court dans la salle en poussant des cris affreux ; on est obligé de le contenir avec la chemise de force. Le neuvième jour, le calme reparaît, mais avec un état de stupeur qui annonce plutôt une concentration qu'une rémission du délire ; la langue est aride et comme racornie, la chaleur de la peau médiocre, le ventre indolent, le pouls faible, mou, irrégulier. Au soir, cet état persistait. Vingt sangsues à la base du crâne. Pendant la nuit, retour de l'agitation et du délire. Le dixième jour, stupeur plus prononcée, marmottement, injection des conjonctives, respiration accélérée; mollesse du pouls. Saignée du pied, deux palettes. Pendant la nuit, le délire se manifeste encore, accompagné de cris désordonnés. Le onzième jour, subdélirium tranquille, immobilité des traits, fixité du regard, taciturnité; par moment rotation de la tête à droite et à gauche sur l'oreiller; renforcement du pouls qui est devenu plein et fréquent. En outre, douleur à l'épigastre manifestée par des cris ou un changement dans l'expression de la face, lorsqu'on presse sur cette région. Cinquante sangsues à l'épigastre. Le douzième jour, mêmes symptômes, moins ceux tirés du pouls qui est petit et faible. En pressant sur l'épigastre, on développe encore de la douleur, mais le malade souffre de même sur quelque partie du corps qu'on exerce la pression ; nonobstant, on applique trente sangsues à l'épigastre et trente à l'anus. Au soir, changement remarquable dans l'état du malade, qui paraît sortir de sa stupeur, et s'ouvrir aux impressions extérieures. Le treizième jour, il avait un peu rêvassé pendant la nuit, mais sa connaissance paraissait entière ; il répondait juste aux questions qu'on lui adressait ; la face était pâle, amaigrie ; le pouls petit sans beaucoup de fréquence, mais cette amélioration fut de courte durée. Le quatorzième jour, face hippocratique, respiration courte et suspirieuse, faisant entendre du râle sous-crépitant à la base des deux poumons, surtout à droite ; extrémités froides. Décoction de polygala, vésicatoire au bras. Prescription qu'on n'a pas eu le temps d'exécuter, le malade ayant succombé à dix heures du matin.

Ouverture du cadavre vingt-trois heures après la mort.—Amaigrissement prononcé, peu de roideur cadavérique. Engorgement marqué des vaisseaux méningiens, et surtout de ceux de la pie-mère ; humectation séreuse de la substance cérébrale qui était un peu œdémateuse, toutefois sans perte de consistance ; une once environ de sérosité transparente dans chaque ventricule latéral ; d'ailleurs aucune autre lésion apparente dans le crâne. Poumons libres d'adhérences, sains en avant, mais gorgés de sang en arrière, et là ramollis, friables, comme dans un premier degré d'hépatisation, ce qui était plus marqué au poumon droit qu'au gauche. Cœur dans l'état naturel. Estomac d'un gris ardoisé général à la surface interne, çà et là ponctué en rouge ; la membrane interne d'une faible consistance. Intestins grêles présentant, dans trois à quatre pieds de hauteur au-dessus de la valvule iléocœcale, des désordres qui allaient en croissant à mesure qu'on se rapprochait de ce point. C'était un amas considérable de plaques fongueuses et ramollies, d'élevures graniformes et noirâtres qui, vers la valvule, dégénéraient en un tissu raboteux et comme lardacé, offrant l'aspect de certains cancers plats de la face. Un grand nombre de glandes mésentériques étaient noirâtres jusque dans leur centre ; plusieurs égalaient le volume d'une aveline. Du reste, le gros de l'intestin ne présentait aucune lésion ; le foie et la rate avaient perdu un peu de leur consistance naturelle. (Dance, *Archives générales de médecine*, octobre 1830.)

ARTICLE II.

ANALYSE DES FAITS OU DES HISTOIRES PARTICULIÈRES DE FIÈVRES INTERMITTENTES.

Les observations de M. Chauffard, sous les nos 417, 418 et 419, prises entre mille autres semblables, dont plusieurs ont été observées par MM. Broussais, Baumes, Fizeau, Andral, etc., prouvent évidemment que les symptômes morbides appelés *fièvre,* peuvent passer du type continu au type intermittent, *et vice versâ.* Déjà Sydenham avait remarqué qu'il n'était pas rare en automne de voir des fièvres continues passer au type quarte. Lind avait vu au printemps des fièvres continues prendre le type tierce avant de se dissiper entièrement par les seules forces de la nature. Cependant, des auteurs modernes, particulièrement MM. Rayer, Bailly et Nepple, ont adopté une opinion tout-à-fait opposée, et soutiennent que des fièvres continues ne deviennent *jamais* intermittentes. Cette assertion n'est facile à concevoir que parce qu'elle est absolument nécessaire à la théorie émise par les médecins dont il s'agit touchant les fièvres d'accès, et par laquelle ils essayent de séparer entièrement, d'élever des barrières insurmontables entre les fièvres continues et les fièvres intermittentes. Cette assertion leur était d'autant plus nécessaire qu'une masse de faits, beaucoup plus imposante il est vrai, les force déjà de convenir que les fièvres intermittentes peuvent passer à la continuité. Obligés de combattre cette puissante preuve d'analogie, ils en sont réduits aux arguments de Strark, et à soutenir avec lui que les fièvres intermittentes qui deviennent continues, ne sont que des fièvres continues *apparentes* ou *déguisées, dont le véritable type reste caché et appartient toujours à l'intermittent!* Pourrait-on aujourd'hui s'arrêter à réfuter ces subtilités renouvelées des anciens? Ne suffisent-elles pas pour révéler toute la faiblesse de la cause de ceux qui s'en servent faute de bonnes raisons?

La première de ces observations représente une fièvre gastrique continue. La nature inflammatoire de la lésion locale qui provoque les symptômes fébriles ne peut être douteuse, puisque parmi ces symptômes on trouve les suivants : langue d'un rouge vif sur ses bords et à sa pointe, anorexie, épigastre fort douloureux, dureté du pouls, chaleur mordicante à la peau,

agitation, etc. Les sangsues et le traitement antiphlogistique amènent la convalescence; une alimentation trop prompte détermine un accès de fièvre tierce. L'étiologie et le diagnostic de cette fièvre sont faciles à établir chez un malade dont la susceptibilité gastrique est encore très grande au moment où il prend des aliments. Malgré les intermissions très marquées de la fièvre tierce, on craignit avec raison de donner le quinquina par la bouche; on l'administra en lavements; le succès fut complet. Le malade était guéri, quand une nouvelle surexcitation de l'estomac provoque le retour de la fièvre et de l'irritation inflammatoire de cet organe; on revient à l'application des sangsues à l'épigastre et au traitement antiphlogistique, puis aux lavements de quinquina; la gastrite et la fièvre sont de nouveau dissipées. Une troisième rechute, occasionnée par la même cause, fut encore traitée et guérie par les mêmes moyens.

L'exemple suivant (nº 418) offre une fièvre continue ataxique, dans laquelle les organes digestifs et cérébraux paraissent souffrir en même temps. Un traitement antiphlogistique et adoucissant amende sensiblement tous les symptômes de cette fièvre, qui passe le septième jour au type intermittent; or, dans ce cas, y a-t-il le moindre doute que ce soient les mêmes organes qui continuent à souffrir d'une manière périodique, puisque, durant les accès quotidiens, la tête est pesante et douloureuse, la langue sèche, l'épigastre sensible, etc. D'ailleurs, l'observation qui suit (nº 419) fournit la preuve authentique et matérielle de cette manière de voir; puisque, dans un cas à peu près semblable et suivi d'autopsie, on trouve des traces manifestes d'inflammation dans la muqueuse digestive, et un épanchement séreux dans les ventricules cérébraux. Dans ce dernier fait, n'est-ce point parce qu'on a attaqué les accès pernicieux uniquement par le quinquina que le malade a succombé? Quelques symptômes nerveux ont sans doute empêché un traitement antiphlogistique qui, prompt et énergique, eût peut-être sauvé le malade. Il aurait fallu qu'on s'occupât bien plus des accès que de l'intermittence; et le traitement durant l'accès était évidemment la saignée et les applications de sangsues sur la région épigastrique. C'est après l'emploi méthodique des moyens antiphlogistiques que l'administration du quinquina, si elle eût été promptement indiquée, aurait pu être suivie de quelques succès; et encore, ce n'est point par la bouche et en substance qu'on aurait pu l'adminis-

trer, mais seulement en frictions et en lavements. Cette observation prouve encore, que si la transformation d'une fièvre continue en fièvre intermittente est ordinairement avantageuse, il peut y avoir des exceptions à cet égard, lorsque les mouvements congestifs et nerveux qui constituent les accès sont très violents, et surtout quand ils ont lieu sur des organes très importants. Cependant quelque grave que soit alors la maladie, nul doute qu'on ne puisse encore la maîtriser aussi bien et même plus facilement que sous le type continu, puisqu'il s'établit un temps de repos ou d'intermission qui laisse la faculté d'agir; mais nul doute aussi qu'il ne faille agir très promptement, très énergiquement et avec beaucoup de méthode, si l'on veut, en pareil cas, éviter une terminaison rapide et funeste.

Quelques écrivains nous ont reproché d'avoir (dans la première édition des *Irritations intermittentes*) réuni sans choix un grand nombre d'histoires particulières de fièvres intermittentes, par la raison que quelques unes d'entre elles présentaient des types qui se rapprochent plus ou moins de la continuité! Certes, les médecins qui nous adressent un pareil reproche n'ont pas réfléchi que nous ne pouvions faire autrement, puisqu'un grand nombre de fièvres intermittentes deviennent rémittentes, et puisque la plupart de celles dont les symptômes s'aggravent au point de conduire les malades au tombeau, deviennent souvent continues quelques jours avant ce dernier accident. Mais, n'est-il pas remarquable que parmi les médecins qui se montrent si sévères envers le choix dont il s'agit, il s'en trouve qui rapportent comme de bons exemples de fièvre intermittente, des faits entièrement semblables à ceux qu'ils ont eu l'air de répudier, si ce n'est même quelquefois les mêmes faits? Dans ces cas, du moins, ils n'ont pas pensé qu'il y ait eu à la fois chez le même individu deux entités fébriles d'une nature différente, et qui se soient succédé l'une à l'autre sans avoir rien de commun entre elles, puisque les symptômes de la maladie sont restés les mêmes pour la forme, qu'ils n'ont fait qu'augmenter d'intensité, et s'allonger au point de n'être plus suivis d'intermission complète!

Dans la première des observations que nous rapportons sous les nos 420 et 421, le diagnostic touchant la nature et le siége de la maladie ne pouvait être douteux, puisqu'il s'agit d'un individu qui, avant d'être attaqué de fièvre intermittente, avait déjà eu plusieurs indispositions *provenant d'un dérangement des*

organes gastriques, et puisque c'est après avoir mangé (on ne dit pas quoi), qu'il éprouva son premier accès de fièvre intermittente. Cet accès fut caractérisé par le frisson, tremblement, soif, bouche sèche, langue rouge, légère douleur abdominale, peau sèche, chaleur mordicante plus intense à la région épigastrique, etc. Pendant l'intervalle d'un accès à l'autre, la rémission des symptômes, quoique très sensible, n'établissait pas une apyrexie parfaite, et le grand abattement du malade indiquait assez que toutes les fonctions ne reprenaient point leur cours régulier. On eut l'imprudence d'administrer le quinquina par la voie de l'estomac avant d'avoir attaqué la gastro-entérite par des moyens antiphlogistiques convenables. Ce médicament ne put être supporté, et l'état du malade empira sous l'influence d'un traitement ou nul ou manifestement nuisible; il succomba, et l'autopsie fit voir des traces évidentes de gastro-entérite. Mêmes réflexions à l'égard de l'autre fait publié par le même médecin.

Il est sans doute peu surprenant qu'en 1818 et dans une île de la Grèce fort éloignée du centre des lumières, on fût encore si peu avancé touchant le diagnostic et le traitement des fièvres intermittentes et rémittentes. Mais en est-il de même dans les premiers hôpitaux de Paris? Et pourtant combien de fois des symptômes nerveux, putrides et adynamiques, n'en ont-ils pas imposé et n'en imposent-ils pas encore aujourd'hui dans les fièvres continues comme dans les fièvres rémittentes et intermittentes! Dans l'observation, sous le n° 422, recueillie par M. Lugol pendant qu'il était élève interne à l'Hôtel-Dieu, il est bien évident que le type rémittent de la fièvre, et ensuite les symptômes adynamiques firent errer dans le diagnostic et dans le traitement de cette maladie : il s'agit d'une fille de dix-sept ans qui n'est pas encore réglée (première indication que sa maladie pouvait être inflammatoire); d'ailleurs elle présentait des yeux vifs, coloration des joues, langue rouge à la pointe et sur les bords, soif aiguë, inappétence, dévoiement, légère tension du ventre, pouls fréquent, peau chaude, etc. Était-ce par des juleps béchiques avec l'esprit de Mindérérus et puis par l'extrait de quinquina qu'on pouvait amender ou arrêter une gastro-entérite rémittente et fébrile bien manifeste? Aussi n'est-on pas étonné qu'elle fasse des progrès rapides. On observa en vain à M. Petit que la prétendue fièvre adynamique pourrait bien n'être qu'une véritable inflam-

mation ; une confiance exclusive pour les antiques formules l'emporta. Le traitement tonique fut continué à des doses plus fortes, et la malade succomba au milieu des symptômes de prostration et d'adynamie les plus prononcés. L'autopsie vint, trop tard pour la malade, éclairer sur la véritable nature d'une prétendue *fièvre rémittente adynamique essentielle.* On trouva sur la muqueuse digestive, sur le péritoine, le mésentère et dans les poumons, des traces de phlegmasie assez intenses pour provoquer tous les phénomènes sympathiques et fébriles les plus remarquables. N'est-il pas probable qu'avec un traitement antiphlogistique promptement et méthodiquement administré dès l'entrée de cette malade à l'hôpital, on fût parvenu à enrayer la phlegmasie et la fièvre rémittente qui en était la suite? L'âge et la vigueur de la malade ne tendent-ils pas à le faire présumer?

Quant à l'observation sous le n° 423, quoiqu'incomplète et peu concluante, nous l'avons rapportée, parce qu'elle peut inspirer de justes craintes sur l'emploi du quinquina dans des cas où l'on ne faisait jadis aucun scrupule de l'employer promptement et toutes les fois qu'on observait quelques symptômes décorés du nom de pernicieux. Dans cette observation, ce fut l'*état soporeux* du malade qui en imposa à M. Destrés, et qui sans doute l'empêcha d'avoir recours à un traitement antiphlogistique plus actif et plus énergique. Ce médecin se trouve ici flottant entre deux principes de pratique ancienne et routinière également sacrés à ses yeux, l'un qui prescrivait de laisser marcher jusqu'au septième accès la fièvre intermittente sans lui opposer aucun moyen actif, l'autre qui faisait un devoir d'attaquer cette fièvre par le quinquina aussitôt qu'il apparaissait quelques symptômes un peu saillants, ataxiques ou pernicieux; principes tous les deux erronés, comme nous le verrons, et qui pouvaient conduire aux plus grandes fautes de traitement, avant qu'ils eussent été modifiés par la doctrine physiologique. En effet, sans parler du premier principe sur lequel nous reviendrons plus tard, bornons-nous à celui qui conduisit à donner le quinquina au malade dont il s'agit : on se contenta de prescrire des boissons délayantes dans un moment où la langue sèche et âpre au toucher, la soif vive et le désir de l'eau froide, la chaleur et la sécheresse de la peau, les déjections alvines, bilieuses, les nausées, l'insomnie, etc., indiquaient les applications de sangsues et les émollients en cataplasmes sur le ventre et en lavements; l'état soporeux du malade fit

qu'on eut recours au quinquina. On ne put en faire prendre qu'*un gros* parce que le malade ne pouvait avaler, sans quoi on lui en eût donné bien davantage que *l'estomac n'aurait pu supporter et qu'il eût rendu par le vomissement peu de temps après son ingestion*, comme l'a observé M. Destrés dans plusieurs autres circonstances ; pourquoi ? parce que ce n'est pas seulement par l'administration d'un vomitif, comme ce praticien et beaucoup d'autres ont coutume de le faire, qu'on doit préparer les malades dont il s'agit à l'administration du quinquina, mais au contraire par les moyens antiphlogistiques locaux et généraux les plus convenables, jusqu'à ce que l'état de la langue et des fonctions digestives en permette l'usage ; et quand l'irritabilité des voies digestives persiste, il ne faut l'employer que selon la méthode endermique et insister sur les moyens antiphlogistiques et révulsifs externes. Une autre cause qui fait que le quinquina n'est pas supporté par les malades du praticien dont il s'agit, c'est qu'il est dans l'habitude de faire prendre toute la dose qu'il juge nécessaire pour arrêter la fièvre, seulement trois ou quatre heures avant l'invasion du nouvel accès ; or, il n'est pas rare que, dans les fièvres intermittentes, même les moins pernicieuses, l'estomac ne souffre déjà ou ne soit plus irritable quelques heures avant le retour du frisson, et dans ce cas comment voudrait-on qu'il supportât un médicament qu'il n'a pas le temps de digérer avant le retour de l'irritation idiopathique ou sympathique de la muqueuse digestive, qui constitue la plupart des accès de la fièvre intermittente ordinaire (1) ?

Dans les premières observations, consignées sous les nos 424, 425 et 426, l'art essaya d'abord de prévenir les suites funestes des accidents occasionnés par les fautes de l'art. Si l'on n'est point parvenu à cet heureux résultat, ne doit-on s'en prendre qu'à l'intensité des lésions locales provocatrices des accès fébriles et que l'autopsie a fait connaître ? Dans la première de ces observations, un traitement stimulant, continué pendant plus de quinze jours d'abord par les évacuants et ensuite par le quinquina et la rhubarbe en poudre, par l'eau vineuse, chez un homme d'une forte constitution et malgré la céphalalgie, la bouche sèche, la soif, l'anorexie, etc., avait dû produire des désordres déjà bien graves dans les organes digestifs quand le malade fut conduit à

(1) *Médecine pratique, traitement des fièvres intermittentes.*

l'hôpital de la Charité. Malgré le retour périodique des accès fébriles, on n'eut recours et avec raison qu'à des boissons tempérantes ; sans doute il y avait de la prudence à s'en tenir à un traitement expectant dans un cas aussi fâcheux ; cependant, comme on était loin de prévoir une fin aussi prochaine, l'état de la bouche, de la langue, des fonctions digestives, les selles fréquentes qui épuisaient le malade, en contre-indiquant le petit-lait avec le miel et le tamarin, ne semblaient-ils pas suggérer l'essai de quelques moyens antiphlogistiques locaux et révulsifs externes, plus actifs et plus propres à arrêter les progrès de la maladie?

Dans l'observation suivante, on n'eut qu'à se louer d'avoir pris ce dernier parti ; et si le malade succomba également, on ne put en accuser que la complication du catarrhe pulmonaire qui a malheureusement jeté de l'incertitude dans le diagnostic de la maladie ; alors on a cédé à cette funeste croyance que le quinquina peut couper des accès fébriles périodiques, alors même que l'inflammation qui les provoque persiste à un degré très sensible. Qu'arriva-t-il? que la fièvre quotidienne devint continue, et conduisit plus rapidement le malade au tombeau.

Quant à la troisième observation, elle a été traitée longuement et obstinément selon l'ancienne et aveugle routine qui poursuivait à toute outrance des accès fébriles quelconques par le quinquina : il s'agit d'un homme dans la force de l'âge, dont la maladie commence par le défaut d'appétit et le dévoiement, et chez qui la sécheresse de la langue, la soif vive, les envies répétées de vomir, les douleurs très sensibles dans la région épigastrique, la chaleur de la peau, etc., n'empêchèrent pas de prescrire force quinquina en décoction et en poudre. C'est en vain que les symptômes deviennent plus graves sous l'influence de ce traitement, on insiste sur ces moyens, bien que l'apyrexie devienne de moins en moins sensible entre les accès, et qu'à l'intensité plus grande des symptômes précédents, se joignent d'abord un léger trouble des fonctions intellectuelles, puis le délire, les soubresauts des tendons, la tension de l'abdomen, etc. Ces derniers phénomènes font seulement ajouter au quinquina des bols camphrés et nitrés ; alors délire furieux, yeux fixes, langue noire, secousses nerveuses, ventre ballonné, et mort après dix-neuf jours d'une stimulation telle qu'on s'attend bien à trouver cette inflammation violente et poussée jusqu'à la gangrène, que l'autopsie fait voir sur la muqueuse digestive. Aujourd'hui, grâce à l'influence assez généralement

répandue des préceptes de la doctrine physiologique, il n'est plus aucun patricien qui pût, en pareil cas, suivre l'ancienne routine et prescrire un pareil traitement.

Dans l'observation sous le nº 427, le cas est sans doute fort difficile, parce que le jeune malade, quoique fortement constitué, avait dû perdre considérablement de forces par suite d'une irritation gastro-intestinale, accompagnée de selles fréquentes, et qui datait de douze jours quand il fut reçu à l'hôpital de Montluel; cependant les lésions trouvées sur le cadavre ne semblent-elles pas prouver qu'on s'est trop vite effrayé des signes de faiblesse occasionnés par l'application de *huit* sangsues chez un enfant de douze ans? N'est-il pas certain qu'à cet âge, où le sang est si promptement réparé, où la réaction vitale est en général si énergique, on doive peu craindre une faiblesse dont les suites sont réparables, tandis qu'il n'en est pas de même des altérations qu'amène la persistance d'une irritation inflammatoire! Une nouvelle application de sangsues au fondement, des bains tièdes et des frictions sur toute la surface du corps pour donner à la peau une action qui contrebalançât celle des sécréteurs de la muqueuse intestinale, n'eussent-ils pas été des moyens préférables à l'ingestion du sulfate de quinine? Car on ne peut pas oublier qu'il s'agit d'un malade dont la fièvre est presque continue et chez qui les signes de gastro-entérite ont été dès le principe assez évidents, puisqu'il présentait en entrant à l'hôpital une langue sèche et racornie, une soif inextinguible, le ventre douloureux; la soif était encore très marquée quand on lui administra le sel de quinine, aussi vit-on survenir le soir même un frisson plus violent, puis le délire, des cris, des plaintes, le ballonnement du ventre, etc., qui précédèrent la mort. L'autopsie fit voir des traces d'inflammation dans l'estomac et le duodénum. Mais la bile et les vers contenus dans le reste du tube intestinal n'ont-ils point empêché de reconnaître que la *pâleur* de la muqueuse était accompagnée de quelques élevures ou granulations occasionnées par l'engorgement blanc des follicules, surtout dans les endroits correspondants à cette altération des glandes mésentériques, laquelle n'a presque jamais lieu que consécutivement à la subinflammation de la muqueuse intestinale, et particulièrement de la portion iléo-cœcale?

Ce que nous venons de dire se trouve en partie confirmé par l'observation sous le nº 428, recueillie par le même auteur : en effet, il nous dit que la fièvre intermittente dont il s'agit fut ag-

gravée par les évacuants et le quinquina donné avant la disparition complète de l'irritation gastrique, tandis que l'état du malade fut amélioré par le traitement antiphlogistique et les évacuations sanguines. Quand ce malade fut reçu à l'hôpital, on reconnut une irritation fixe et permanente des organes digestifs, et malgré cela on administra l'émétique; aussi les vomissements bilieux n'amenèrent-ils aucun soulagement, et l'accès suivant fut-il plus intense. Deux laxatifs vinrent encore aggraver la position du malade, et par dessus tout l'administration du quinquina en poudre. On conçoit qu'après une pareille médication, les accès fébriles soient devenus plus forts et plus prolongés, le ventre douloureux, la langue sèche, la soif continuelle, et qu'il n'y ait plus eu d'apyrexie! Dira-t-on, dans ce cas, que ce n'est pas la fièvre intermittente elle-même qui, par cette stimulation, a dû passer à la continuité? Peut-on soutenir que ce ne soit pas la même fièvre qui ait changé de type en augmentant d'intensité, et que la fièvre continue de Labei soit une fièvre intermittente *déguisée*, ou bien une nouvelle entité fébrile qui en a remplacé une autre avec laquelle pourtant elle n'a aucun rapport? Quelque jugement qu'on ait porté sur le caractère de cette fièvre continue, toujours est-il vrai qu'on s'est décidé cette fois à l'attaquer par une tardive application de quelques sangsues sur le ventre. L'effet de cette émission sanguine ne dut pas être sensible et ne put empêcher les progrès rapides de la gastro-entérite, d'autant plus qu'on eut encore l'inconcevable idée de revenir à l'administration du quinquina joint au camphre! Le malade succomba, et l'autopsie fit reconnaître une altération grave et profonde presque tout le long du canal intestinal. La muqueuse gastrique présentait une rougeur superficielle, suite de la dernière administration du quinquina et du camphre; très probablement cette injection de la muqueuse gastrique, qui s'est répétée plusieurs fois dans le cours de cette maladie, n'aurait pas été sensible après la mort sans la dernière et toute récente dose des stimulants. C'est sans doute au retour de cette injection rapide et passagère que furent dus dans le principe les accès sous le type tierce et quarte de la fièvre. Quant à l'irritation fixe et permanente, reconnue dans le canal intestinal dès l'entrée du malade à l'hôpital, probablement qu'elle avait son siége à la fin de l'iléon, là où les recherches multipliées des pathologistes modernes l'ont constamment rencontrée dans toutes *les fièvres graves*. Aussi la région

iléo-cœcale est-elle devenue, et avec raison, un point dont l'exploration est aujourd'hui presque aussi importante que celle de la région épigastrique.

A l'époque où fut recueillie par M. Lugol, dans les salles de M. Petit, l'observation dont nous avons parlé sous le nº 422, ce dernier praticien reconnaissait encore, tantôt sous le nom de *fièvre adynamique*, tantôt sous celui de *fièvre ataxique, essentielles*, la même maladie qu'une année ou deux plus tard il eût qualifiée de *fièvre entéro-mésentérique essentielle, simple ou compliquée*. Le fait dont nous venons de parler, par exemple, eût été une fièvre entéro-mésentérique, compliquée de péritonite. Ce que nous disons est justifié par les deux faits sous les nºs 429 et 430, que nous avons extraits du *Traité de la fièvre entéro-mésentérique*. Dans le premier de ces faits, M. Petit reconnut bien quelques symptômes ataxiques, surtout dans le délire tranquille que le redoublement fébrile de chaque soir rendait plus saillant; mais à cette époque on recueillait à l'Hôtel-Dieu des fièvres entéro-mésentériques et non pas des fièvres ataxiques. Cette observation fut donc naturellement placée au rang des fièvres entéro-mésentériques ! Il s'agit d'un jeune homme de vingt-six ans, très fortement constitué, dont la maladie débute par des frissons suivis de chaleur, avec dégoût, amertume de la bouche, et puis dévoiement. On lui fait prendre une *forte* médecine ; évacuations alvines fréquemment répétées, et redoublement fébrile accompagné d'un délire très prononcé. Il est conduit à l'hôpital, où il présente une peau sèche et chaude, langue tremblottante et couverte d'un enduit jaunâtre, ventre tendu et douloureux à la moindre pression, conjonctives injectées, œil larmoyant, pouls fréquent et *assez développé*, respiration accélérée, coucher en supination, etc. On prescrit la décoction de quinquina avec d'autres stimulants diffusibles ; le paroxysme du soir est plus violent; délire toute la nuit, agitation, efforts pour sortir de son lit, etc. Le lendemain, le délire continue et alterne avec la somnolence ; face animée, yeux brillants, ventre douloureux et tendu, langue noire et sèche. On continue le quinquina et autres stimulants. L'état du malade devient de plus en plus grave, et il ne tarde pas à succomber. L'autopsie fit voir sur les deux cinquièmes inférieurs des intestins grêles un grand nombre de boutons rosacés à leur base, et blanchâtres à leur pourtour, tantôt isolés, tantôt réunis pour former des plaques de quinze à dix-huit lignes

d'étendue ; quelques unes de ces plaques sont rouges, les autres blanches, et celles qui sont plus rapprochées de la valvule iléo-cœcale commencent à être ulcérées. Les glandes mésentériques correspondantes sont très engorgées, les unes rougeâtres, les autres semblables à des tubercules.

La seconde observation de fièvre entéro-mésentérique présente un fait analogue au précédent : jeunesse et force du malade, mêmes symptômes d'irritation de la muqueuse gastro-intestinale et du mésentère. Même traitement, même terminaison, autopsie présentant les mêmes altérations organiques.

Que conclure de ces deux faits et de tous ceux analogues consignés dans le *Traité* dont il s'agit ? La première réflexion qui vient, c'est que M. Petit, fatigué, d'une part, de ne trouver depuis long-temps, et dans presque toutes les affections fébriles, que des fièvres ataxiques, putrides ou adynamiques; étonné, d'autre part, que M. Serres lui fît voir, dans tous les cadavres de ceux qui succombaient aux fièvres qu'à cette époque on observait à l'Hôtel-Dieu, des lésions à peu près semblables dans les intestins grêles et le mésentère, imagina qu'il s'agissait d'une fièvre particulière, *suî generis*, qu'un concours particulier de circonstances venait offrir pour la première fois à son observation ; de là l'idée de recueillir ces faits et d'en faire un *traité à part*, sous le nom de *fièvre entéro-mésentérique.* On se souvient sans doute du froid accueil avec lequel les essentialistes de cette époque reçurent cette nouvelle fièvre essentielle, décorée d'un nom si matériel. Le professeur Pinel entre autres soutint que ce n'était là qu'une simple variété de l'un des six ordres de fièvres décrites dans la *Nosographie philosophique.* Un de ses élèves, M. Goguyer Laprugne, fit de cette controverse le sujet d'une thèse, où il prouva si bien que la prétendue fièvre entéro-mésentérique n'était qu'une variété de fièvre ataxique ou adynamique, qu'alors le procès fut regardé comme jugé en faveur de M. Pinel. On sait comment la gastro-entérite remplaça depuis lors, et en grande partie, toutes ces entités fébriles. Mais revenons à ces deux observations.

Ce sont là, selon MM. Petit et Serres, des exemples bien caractérisés de fièvre entéro-mésentérique essentielle. *Entéro-mésentérique*, parce que la maladie dont il s'agit est constamment *précédée* et *accompagnée* d'une lésion de la muqueuse intestinale et du mésentère, dont l'autopsie a fait reconnaître l'existence et

l'identité dans tous les cas; *essentielle*, parce que cette lésion locale ne pourrait pas, selon eux, causer ni expliquer la mort des malades, et qu'il y a en outre un *principe morbide* plus ou moins délétère qui de la lésion locale dont il pervertit la marche et dénature l'action, se répand dans toute l'économie pour produire la fièvre qui tue les malades. Ce principe délétère étant nécessairement débilitant, comme le prouvent les symptômes de prostration et de faiblesse générale, il faut en combattre les effets par les toniques et les stimulants. Telle est en deux mots toute la théorie de la fièvre entéro-mésentérique. Nous ne ferons point ici le recensement critique des cas dans lesquels les malades ont guéri sous l'influence de ce traitement, et de ceux où ils ont succombé; nous remarquerons seulement que dans l'espace de quelques mois on a recueilli un assez grand nombre d'observations suivies d'autopsie, et tout-à-fait semblables aux deux exemples rapportés, sauf la différence des redoublements fébriles, qui furent rarement aussi réguliers que dans ces deux cas. Or, si l'on met de côté ce principe morbifique qu'on fait intervenir ici fort gratuitement pour rendre *essentielle*, à la manière des anciens, une fièvre qui s'explique assez par l'influence sympathique de la lésion locale sur tous les principaux viscères, que reste-t-il à combattre si ce n'est la lésion primitive de la muqueuse intestinale? On convient que les purgatifs tendent à la rendre plus grave et plus rapidement funeste; n'en serait-il pas de même du quinquina et des autres stimulants, d'autant plus que la périodicité des redoublements fébriles est assez rare et trop peu marquée pour fournir cette indication? Telle est du moins l'opinion de Baglivi à l'égard de sa *fièvre mésentérique*, dont on ne peut contester les nombreux rapports avec celle dont il s'agit, soit relativement à la lésion locale, soit relativement aux exacerbations fébriles périodiques.

Quoi qu'il en soit, n'est-il pas certain aujourd'hui, d'après les immenses progrès qu'on a faits dans la théorie et la thérapeutique des fièvres en général, qu'il ne se trouverait plus un seul médecin qui traitât par le quinquina et les stimulants diffusibles des irritations entéro-mésentériques aussi prononcées que dans les exemples dont il s'agit? Quel est le médecin qui, trouvant chez un malade un pouls fréquent et développé, une peau sèche et chaude, le ventre tendu et douloureux, l'inappétence, la soif, les selles en diarrhée, etc., ne se croirait pas obligé de recou-

rir au traitement antiphlogistique? *Mais*, dit-on, *l'expérience a prouvé que ce traitement est nuisible.* — Ceci demande une explication : si l'on entend par traitement antiphlogistique l'usage plus ou moins répété de la saignée générale, on aura le plus souvent raison, parce que le plus souvent il s'agit d'une affection qui débute d'une manière sourde, dont la douleur locale est nulle ou peu sentie, dont les symptômes sont rarement assez violents pour porter les malades à invoquer plus ou moins promptement les secours de l'art; la plupart sont déjà épuisés, soit par la durée de la maladie que mille drogues ont exaspérée, soit par un dévoiement plus ou moins abondant et opiniâtre, ou par des épistaxis répétées, etc. Or, saigner de tels malades, c'est commettre une grande faute; mais s'ensuit-il de là que le traitement antiphlogistique ne convienne pas? Ce traitement conviendra au contraire dans tous les cas s'il est méthodiquement employé, si l'on se borne à des émissions sanguines locales modérées, répétées selon le besoin, et combinées avec des applications émollientes, des lavements adoucissants, quelques moyens révulsifs à la peau, et un régime convenable. Certes, ce n'est pas après des saignées tardives ou contre-indiquées, après de mesquines applications de sangsues au cou *pour combattre le délire* chez des malades jeunes et robustes, qu'on peut avancer avec confiance que le traitement antiphlogistique est nuisible. Il suffit de parcourir attentivement les observations recueillies dans le *Traité de la fièvre entéro-mésentérique*, pour se convaincre que les émissions sanguines locales ont été très utiles dans les cas trop rares où on les a jugées utiles. N'est-il pas à présumer qu'employées méthodiquement dès l'entrée à l'Hôtel-Dieu des deux malades dont il s'agit, les applications de sangsues, soit au fondement, soit à la région iléo-cœcale, eussent pu être d'un puissant secours pour arrêter les progrès de la lésion locale, qui, chez l'un, avait reçu une si funeste activité par suite d'un violent purgatif? *Cette lésion locale*, dit-on, *n'est pas franchement inflammatoire*. Mais est-ce à dire que le sang doive exister rouge et en nature dans toute lésion organique pour constater qu'elle est le résultat d'une inflammation? Le contraire ne se voit-il pas chaque jour à mesure que l'inflammation parcourt ses différentes périodes? L'observation VIII du Traité dont il s'agit, n'aurait-elle pas dû éclairer sur la véritable nature de la lésion intestinale, puisqu'il s'agit d'une fièvre entéro-mésentérique, déterminée par la répercus-

sion subite d'une phlegmasie cutanée sporiforme? Il y a d'abord sentiment de faiblesse et de malaise général, puis dégoût, ventre tuméfié et douloureux, dévoiement, symptômes ataxiques, et tous ceux auxquels on reconnaît la fièvre entéro-mésentérique? Hé bien, tout cela disparut par le seul retour de l'affection cutanée. Ce déplacement de l'irritation n'indique-t-il pas la nature de la lésion entéro-mésentérique? D'ailleurs on convient que cette lésion n'est pas *purement passive*; dès lors pourquoi a-t-on si peu de scrupules sur l'emploi des stimulants? Nous disons *si peu*, parce que quelques scrupules à cet égard sont venus à MM. Petit et Serres, scrupules dont ils se sont détournés en employant le quinquina en teinture ou en extrait, mais tellement combiné avec des stimulants diffusibles que son action dut, selon eux, se passer tout entière dans la partie supérieure du canal digestif, et loin du foyer de la lésion locale, placée à l'extrémité des intestins grêles. Ce n'est pas du tout contre cette lésion que les praticiens dont il s'agit dirigeaient leur quinquina, mais uniquement contre le principe délétère dont ils avaient pour but de contrebalancer les pernicieux effets... Singulière manière de raisonner que celle qui tend à faire croire que des stimulants envoyés dans l'estomac et dont l'action se répand dans toute l'économie, n'auront aucune influence sur une irritation intestinale! Singulière théorie que celle de la fièvre entéro-mésentérique! Il est vrai qu'elle date de 1812 à 1813; cependant il ne faut pas l'oublier, puisqu'il y a des praticiens et des auteurs qui semblent vouloir la rajeunir et la faire revivre de nos jours.

L'observation de fièvre bilieuse ou gastrique consignée sous le nº 431 est très remarquable sous tous les rapports : recueillie et lue à la clinique de M. Landré-Beauvais, son authenticité ne peut être contestée, et les détails qu'elle contient, l'autopsie dont elle est suivie, ne laissent aucun doute sur la nature et le siége de la maladie. Ces détails nous font connaître le vague, l'incertitude, les contradictions même qui régnaient alors dans la théorie et le diagnostic des fièvres en général. L'exemple dont il s'agit est d'abord caractérisé de fièvre intermittente bilieuse ou gastrique essentielle. Pendant que la fièvre paraît offrir ce caractère, on la traite par les évacuants et les délayants. On administra un émétique à cette malade au moment où elle présentait une langue rouge à sa pointe, soif, chaleur de la peau, ardeur en urinant, diarrhée, etc. Le lendemain, les lèvres et la

langue furent sèches et uniformément rouges, haleine fétide, pouls inégal, selles plus fréquentes et accompagnées de coliques. L'accès quotidien (qui se manifeste régulièrement vers la fin de la journée) est bientôt accompagné d'un délire assez marqué pour caractériser à volonté une fièvre ataxique. Deux ou trois jours après, la prostration des forces, la couleur noire et sèche de la langue, décidèrent l'administration du quinquina, moins pour combattre le type quotidien de la fièvre que pour l'opposer à l'*adynamie;* car on ne songea point à l'emploi de ce médicament avant l'apparition du caractère adynamique. Quoi qu'il en soit, son usage fut nuisible, puisque les selles diarrhéiques devinrent plus fréquentes, et l'accès suivant plus long et plus violent. Le délire, la prostration et tous les symptômes, firent de rapides progrès. La malade succomba, et l'autopsie fit voir l'estomac et une grande étendue des intestins, phlogosés avec augmentation d'épaisseur de leurs parois. Dans cette circonstance, ce n'est pas le type de la fièvre, auquel on fit peu attention, qui en imposa au praticien dont il s'agit, c'est plutôt le prestige de l'*essentialité;* c'est ce prestige qui a tellement fasciné les yeux qu'on n'a point su voir d'organes malades. On a combattu les symptômes *bilieux* de la fièvre essentielle par l'émétique, et les symptômes *adynamiques* par le quinquina, sans songer que la rougeur et la sécheresse de la langue, la soif, la douleur épigastrique, les selles diarrhéiques avec coliques, la chaleur de la peau, l'ardeur en urinant, etc., pouvaient indiquer une irritation quelconque dans le canal digestif! Cette irritation a débuté, comme il arrive souvent, par l'anorexie, l'amertume de la bouche, la céphalalgie, les lassitudes, des douleurs vagues dans le dos; puis il est survenu des frissons, suivis de chaleur et de sueurs. Cette irritation se renouvelait ou éprouvait un redoublement fébrile chaque jour vers les quatre ou cinq heures de l'après-midi. Les symptômes furent d'abord si modérés qu'il eût peut-être suffi, dans le principe, de l'administration du quinquina dans l'intervalle des accès périodiques, pour prévenir le retour ou le redoublement de l'irritation gastrique. Mais à l'époque où l'on donna l'émétique, c'était le traitement antiphlogistique qui seul convenait; nul doute qu'alors des applications de sangsues et des cataplasmes émollients sur la région épigastrique, une diète sévère, des boissons rafraîchissantes, des lavements adoucissants et calmants, eussent amené une prompte guérison, ou du

moins il en serait résulté une apyrexie si parfaite entre les accès périodiques que le quinquina aurait pu être administré sans inconvénient, et achever promptement la guérison de la malade. On fit autrement; nous venons de voir ce qui advint. Le père de la médecine avait bien raison de dire : *Judicium difficile*, et *experientia fallax.*

L'observation de M. Broussais, sous le nº 432, nous offre un exemple remarquable du changement de type de la fièvre intermittente. Après avoir offert pendant plusieurs jours le type quarte, elle passa au type tierce par suite de l'administration de quelques boissons amères et du quinquina; on doubla la dose de ce médicament pour la couper enfin sous le type tierce; la fièvre résista encore et devint quotidienne. Dès lors, bien que le quinquina ne fût pas continué, les accès s'allongèrent et finirent par se joindre, de manière à offrir encore le type rémittent avant de passer tout-à-fait à la continuité. C'était en 1806, et à cette époque M. Broussais n'avait pas encore été conduit, par une longue et fructueuse expérience, par des recherches cadavériques soigneuses et multipliées, à analyser les symptômes fébriles et gastriques avec cette sagacité vive et pénétrante, avec cette profondeur et cette exactitude qui dévoilèrent bientôt le génie du célèbre réformateur de notre ère médicale. Le malade dont il s'agit eut pendant plusieurs jours une fièvre continue avec un pouls fort et développé, chaleur et inappétence; cependant on ne dit point qu'on ait employé le traitement antiphlogistique convenable en pareil cas. Aussi voit-on que ce malade perd peu à peu ses couleurs et son embonpoint, après des rémittences et des redoublements alternatifs et prolongés de fièvre; ces derniers correspondaient à la quantité d'aliments qu'on avait la faiblesse de lui accorder; aussitôt qu'il prenait autre chose que la soupe ou la bouillie, le mouvement fébrile se ranimait. On ne conçoit pas aujourd'hui la nécessité de ce régime nourrissant chez un homme dont la fièvre intermittente a passé à la continuité, ou qui n'éprouve plus que des rémissions à peine sensibles; mais c'était beaucoup qu'on s'en tînt là, à l'époque dont il s'agit. Cependant la diarrhée ne tarda pas à se mettre de la partie, pour conduire le malade plus rapidement au tombeau. L'autopsie fit voir la muqueuse gastrique d'un rouge clair et fort épaisse, les intestins grêles, parsemés de points rouges; celle qui tapisse la fin de l'iléon et le colon était d'un

rouge foncé, noire, granuleuse, sphacélée ou ulcérée, etc.

Comparé à la malade de M. Landré-Beauvais, l'individu dont il s'agit nous offre la nuance chronique d'une gastro-entérite, avec des exacerbations fébriles d'abord périodiques sous type quarte, tierce, quotidien, et ensuite irrégulières ou à peine sensibles. Chez le premier, les accès et les redoublements conservèrent leur périodicité jusqu'à la fin; cependant la gastro-entérite fit des progrès beaucoup plus rapides, et causa la mort pendant sa période d'acuité, et après avoir offert des phénomènes de délire, d'agitation, de soubresauts et d'adynamie qu'on n'observa pas chez le dernier malade, malgré que la lésion locale chez lui soit également parvenue à son plus haut degré d'intensité : il est vrai qu'elle ne parvint à ce degré que d'une manière lente et graduelle; c'est là sans doute ce qui a été cause qu'elle n'a point présenté les symptômes des fièvres graves, ataxiques, adynamiques, typhoïdes, etc., bien que l'autopsie ait offert à peu près le *caractère anatomique* des fièvres dont il s'agit.

L'observation suivante (n° 433) se présente d'abord sous la forme d'une fièvre intermittente tierce dont l'apyrexie est parfaite; il ne paraît y avoir aucun signe de diathèse inflammatoire. Cependant les amers et le quinquina n'ont pas de succès; par leur usage la fièvre passe du type tierce au type quotidien. On crut que ce changement provenait de la modération avec laquelle on employait le quinquina; on en augmenta beaucoup la dose: les accès fébriles persistèrent, le ventre s'enfla et durcit, l'estomac devint douloureux, le malade perdit ses forces, et l'œdème survint. On voit avec quel ton de franchise et de vérité M. Broussais nous fait part de ses premières erreurs dans le diagnostic et le traitement des fièvres intermittentes. Se croyant toujours obligé de combattre le type fébrile périodique par des stimulants, il substitua l'opium, l'éther et les eaux spiritueuses aromatiques, au quinquina; puis il combina tous ces moyens ensemble jusqu'à ce qu'il vît enfin clairement *que le ventre se refusait* à tous les toniques et stimulants. Cependant la confiance de notre illustre praticien dans le quinquina était alors si grande qu'il y revint encore, en modérant autant que possible son action par diverses combinaisons de gélatine. La fièvre parut céder un instant, pendant lequel l'appétit et les forces se ranimèrent; mais des accès quotidiens revinrent avec des coliques et du dévoiement; alors, potion à la cannelle et au quinquina, pour *soutenir* les forces du

malade! Celui-ci, en effet, parut un instant reprendre un peu de vigueur et se désinfiltrer; ce fut une dernière réaction vitale qui précéda l'agonie et la mort. N'est-ce pas ce qui arrive bien souvent dans les fièvres adynamiques, quand on fait prendre des tasses de vin et des potions amères, aromatiques ou camphrées? Les malades se raniment quelques instants; ils sont comme enivrés; la nature rassemble ses dernières forces pour réagir contre ces stimulants divers, et bientôt après le *collapsus* survient. Ce sont ces réunions instantanées de forces dont les dernières parades encouragent mal à propos dans l'emploi des toniques et des stimulants, tandis qu'il en résulte un épuisement plus rapide, parce que ces forces réunies vont se briser à la fois contre des lésions trop profondes pour céder à l'ébranlement dont il s'agit. C'est un jeu de quitte ou double, qui devient presque toujours préjudiciable aux malades ainsi affectés; tandis qu'avec de la prudence, un régime sévère, un traitement méthodique, ils parviendraient peut-être à une lente et solide guérison.

Dans l'observation sous le n° 434, il s'agit d'un jeune militaire de vingt-quatre ans, qui est atteint depuis douze jours d'une fièvre intermittente quotidienne. Quelques symptômes gastriques font malheureusement commencer le traitement par un vomitif, pour *préparer* le malade à l'administration du quinquina. Celui-ci supprime en effet les accès fébriles quotidiens; mais, pendant qu'on en continue l'usage à titre de préservatif, il se manifesta bientôt une sensibilité plus marquée à l'estomac, et une disposition à la diarrhée. On discontinua l'écorce du Pérou, mais la diarrhée persista malgré les boissons mucilagineuses et le régime. La fièvre cependant ne reparaissait que quand, pour satisfaire le malade, on lui permettait la soupe. Plusieurs alternatives de fièvre et d'apyrexie eurent lieu de cette manière, parce qu'à cette époque l'illustre auteur des *Phlegmasies chroniques* était bien loin d'être aussi sévère pour le régime, aussi sûr dans son diagnostic et aussi méthodique dans son traitement, qu'il l'est aujourd'hui. Quoi qu'il en soit, la fièvre quotidienne reparut avec une intensité aussi grande que la première fois; elle fut accompagnée d'une diarrhée douloureuse, sanguinolente, et avec ténesme. On n'opposa qu'un régime délayant ou qu'un traitement expectant à cet appareil formidable de gastro-entérite à exacerbations fébriles périodiques. Qu'arriva-t-il? la fièvre devint continue; l'état aigu étant arrivé à son terme, il n'y eut plus qu'une

diarrhée indolente ; mais le malade tomba dans un état de stupidité, de somnolence, bientôt suivi de la mort. L'autopsie fit voir des traces de phlegmasie tout le long du canal digestif, mais d'autant plus marquées et plus profondes qu'on les examinait plus près de la partie inférieure de ce canal.

Quand on réfléchit à ces exemples de fièvres intermittentes et à plusieurs autres semblables, consignés dans le riche et précieux recueil de faits dont nous venons de parler, quelle immense distance on aperçoit entre l'état de la science à l'époque où la plupart de ces faits furent recueillis, et celui où il est parvenu aujourd'hui ! Ce ne sont pas les années écoulées qui sont ici quelque chose ; car qu'est-ce qu'un quart de siècle environ dans une science tout entière de faits et d'observations, et à laquelle, sous d'autres rapports, des milliers d'années n'ont presque rien ajouté ? On sait assez qui a donné l'élan et qui a le plus fait pour débrouiller cet immense chaos de fièvres essentielles et de toutes ces maladies *vitales*, *suî generis*, et indépendantes des organes. Quant au diagnostic et au traitement des fièvres intermittentes en général, si l'on compare ce qu'ils étaient à l'époque dont il s'agit, et ce qu'ils sont aujourd'hui pour tout médecin physiologiste, on peut juger à quel degré de précision, à quelle fixité de méthode et à quelle uniformité de succès on a été conduit à cet égard par la doctrine physiologique. Sauf la saignée, à laquelle quelques praticiens avaient parfois recours contre certaines fièvres intermittentes, il suffisait en général qu'une affection fébrile présentât un type périodique quelconque, pour que tout traitement antiphlogistique fût banni, et pour qu'on n'eût foi qu'aux *spécifiques !* Aujourd'hui plus de spécifiques ; moyens antiphlogistiques et révulsifs, locaux et généraux, adaptés au siége, à la nature et à l'intensité de la lésion locale ; voilà la base du traitement des maladies intermittentes fébriles, comme de celui des affections continues. On sait combien de fièvres intermittentes et rémittentes cèdent au Val-de-Grâce sous l'influence d'un traitement antiphlogistique et révulsif ; quand elles résistent à ces premiers moyens et qu'on juge utile l'emploi du sulfate de quinine, on sait quelles petites doses il suffit alors d'employer pour obtenir les effets les plus sûrs et les plus constants (1).

L'observation sous le n° 435, recueillie par M. Andral dans

(1) *Annales de la médecine physiologique pour les années* 1830 et 1831.

les salles de M. Lerminier, à l'hôpital de la Charité, nous rappelle celle recueillie par M. Lugol dans les salles de M. Petit à l'Hôtel-Dieu, et dont nous avons parlé au commencement de cette analyse. Ces deux faits nous présentent deux fièvres d'abord intermittentes et rémittentes qui deviennent continues adynamiques. Traitées à plusieurs années d'intervalle l'une de l'autre, dans deux hôpitaux et par deux praticiens différents, ces deux fièvres ne laissent pas de présenter beaucoup d'analogie sous le rapport des symptômes, du traitement et des lésions cadavériques. Ce qu'il y a de plus remarquable encore, c'est que les deux élèves internes de l'Hôtel-Dieu et de la Charité, pressentirent l'un et l'autre que le type rémittent et les symptômes adynamiques n'exigeaient point l'emploi du quinquina. M. Andral, sans exprimer son opinion aussi ouvertement que M. Lugol, fait pourtant observer que le malade déploie par intervalle des forces assez grandes pour aller sur selle et remonter dans son lit; il fait remarquer que l'état du malade s'est aggravé aussitôt après la première administration du quinquina. Cependant on continua l'usage de ce médicament, et même on y eut recours par deux voies différentes, en boissons et en lavements! La maladie fit des progrès; la prostration augmenta. Aux symptômes adynamiques succédèrent ou s'ajoutèrent les symptômes nerveux et ataxiques; le dévoiement continua; les selles devinrent plus fréquentes et involontaires; enfin, l'agonie et la mort achevèrent cette scène de *fièvre rémittente double-tierce adynamique*. Il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans, ayant joui d'une bonne santé jusqu'à l'invasion de la maladie actuelle; il n'est affaibli par des excès d'aucun genre. Tout-à-coup il perd les forces et l'appétit; une fièvre se déclare, avec frisson et sous forme de rémittente double-tierce. La langue est blanche et pointillée à son centre, rouge à la pointe, la soif vive, l'épigastre douloureux à la pression, selles en dévoiement. Alors comme aujourd'hui ces symptômes devaient laisser peu de doute sur l'existence d'une irritation de la muqueuse digestive, avec des redoublements fébriles périodiques. On s'en tient d'abord à un traitement expectant. L'irritation augmente; le malade vomit sa tisane, et va neuf fois à la selle pendant une seule nuit. Sans doute qu'on était peu éloigné d'adopter un traitement antiphlogistique plus ou moins actif, quand une épistaxis et de malheureuses taches *typhoïdes* vinrent compliquer le diagnostic. Dès lors on perdit de vue toute lésion lo-

cale pour ne s'occuper que de l'entité morbide appelée *typhus!* Pendant long temps ces taches typhoïdes ou pétéchiales ont été un épouvantail redoutable, parce que l'expérience avait prouvé qu'on ne les observait guère que dans des cas fort graves. En effet, ce n'est pas sans raison que la nature semble se débattre et réagir à l'extérieur par tous les moyens possibles, sous formes de sueurs, d'éruptions, d'hémorrhagies, etc., bien que souvent ce soient là des efforts inutiles, alors que l'épine de Vanhelmont est implantée trop profondément pour qu'elle puisse être révulsée par ces moyens. Mais, du moment que l'anatomie pathologique nous a fait connaître la nature et le siége de cette lésion, ne conçoit-on pas qu'un traitement antiphlogistique local, pour peu qu'il soit prompt et énergique, puisse enrayer l'irritation inflammatoire ou lymphatico-sécrétoire de la muqueuse gastro-intestinale, source première et principale des phénomènes fébriles, typhoïdes et adynamiques, dont il s'agit? On s'étonne que la mort soit survenue quand on trouve, pour toutes lésions organiques, quelques points ulcérés et gangréneux de la muqueuse intestinale! On ne songe pas que ces points n'ont pas été portés là tout-à-coup comme par une cautérisation, et qu'ils constituent seulement les restes les plus profonds d'une inflammation plus ou moins étendue, qui troublait sympathiquement toutes les principales fonctions de l'économie, et dont les traces ont disparu par l'épuisement successif du malade, pendant quelques jours d'agonie, et surtout après la mort. D'ailleurs compte-t-on pour rien cette irritation sécrétoire si débilitante qui constitue la diarrhée? Ne conçoit-on pas qu'une irritation inflammatoire et lymphatico-sécrétoire plus ou moins étendue et violente puisse s'épuiser en épuisant le malade, quand on la laisse arriver à son plus haut degré et se prolonger plus ou moins long-temps?

Le malade sous le n° 436 présente la même affection et sous un appareil de symptômes à peu près semblable au précédent. La face est à la fois pâle et animée; il y a soif, anorexie, bouche amère, langue enduite d'un mucus jaunâtre au centre et rouge sur les bords et à la pointe; le ventre est indolent, un peu tuméfié (celui du précédent malade était douloureux à la pression); sept ou huit selles en vingt-quatre heures. Il y a aussi des redoublements de fièvre quotidiens. Le malade est resté neuf jours, sans rien faire, avant d'entrer à l'hôpital (c'est à peu près le traitement expectant de l'exemple précédent). Quelle immense différence a-

t-on donc trouvée entre la fièvre de l'un et la fièvre de l'autre malade, pour qu'à celui-là on ait administré force quinquina, et qu'à celui-ci on ait prescrit *cinq* saignées consécutives et pour ainsi dire coup sur coup, malgré le dévoiement qui affaiblissait déjà prodigieusement ce malade? Nul doute que le diagnostic et le traitement, si opposés chez ces deux malades, n'aient tenu, chez le premier à l'apparition des *taches typhoïdes*, et chez le second à la face animée quoique pâle, et surtout à ses yeux brillants, et puis à la couenne dense et épaisse de la première saignée, essayée sans doute comme pierre de touche pour sonder la nature de la maladie! Quoi qu'il en soit, chez le précédent malade on perdit de vue les symptômes de l'irritation gastro-intestinale pour ne s'occuper que du *typhus*. Dans ce dernier cas, on n'a vu qu'une fièvre inflammatoire *essentielle*, puisqu'on a fait abstraction de l'état des organes digestifs, du météorisme et de la fréquence des selles qui se répétaient jusqu'à quatorze fois par jour! La couenne dense et épaisse du sang a fait reconnaître une constitution forte, un sang riche en matériaux nutritifs, et l'on a ôté rapidement au malade ses forces, à la nature les matériaux de réparation ou de réaction, dont elle pouvait encore disposer utilement pour la guérison. Se peut-il que, dans les affections les plus graves, on aille ainsi chercher la gravité du mal là où elle n'est pas, et qu'après avoir prononcé les mots *typhus*, *fièvre essentielle*, on perde de vue les lésions locales qui les provoquent et dont les redoublements causent les paroxysmes fébriles? Comment se fait-il que, chez ce dernier malade déjà saigné cinq fois, un trouble de la respiration (bien léger en comparaison de celui des fonctions digestives) soit attaqué aussitôt par une application de sangsues, tandis qu'on néglige entièrement des désordres si intenses du côté de l'abdomen, désordres qui datent du commencement de la maladie, et qui à cette époque sont encore annoncés par la rougeur de la langue, une soif ardente, le météorisme du ventre, et treize à quatorze selles par jour, accompagnées de coliques? De pareilles questions, soulevées touchant le diagnostic et le mode de traitement adoptés par un praticien d'ailleurs si éclairé et si recommandable, prouvent bien à quelles incertitudes pénibles et décourageantes, surtout pour les jeunes médecins, nous étions naguère encore livrés quand il s'agissait du traitement des fièvres dites essentielles. Aujourd'hui, d'après les principes de la doctrine physiologique, on rechercherait tout sim-

plement la lésion locale primitive et principale ; il n'est aucun médecin qui, dans les cas dont il s'agit, ne la reconnût aussitôt dans le canal digestif et surtout vers la fin de l'iléon et dans les gros intestins ; c'est là qu'on l'attaquerait exclusivement par des saignées locales, non pas trop abondantes, quelle que soit la force de la constitution, mais répétées plusieurs fois et à différents intervalles, pour laisser à la nature le temps de réagir à son tour ; à ce premier moyen on joindrait celui des bains tièdes, des applications émollientes, des lavements adoucissants, la diète, les boissons délayantes, et un peu plus tard, les moyens révulsifs externes les plus énergiques et les mieux entretenus.

Quand le dernier malade dont il s'agit est entré à la Charité, sa gastro-entérite datait de neuf jours, mais elle n'avait été activée par aucun traitement stimulant et aucune imprudence ; il est donc probable que des moyens antiphlogistiques locaux, plus ou moins énergiques et soutenus, auraient empêché l'inflammation de faire des progrès et de se concentrer là où la multiplicité des follicules tendent à la fixer. L'état de la langue et de la bouche, la soif ardente, etc., indiquaient que l'estomac souffrait dans le principe, en même temps qu'une grande partie des intestins. Si quelques médecins pensaient qu'on a répondu à toutes les exigences de l'inflammation intestinale par les saignées générales, ils seraient dans l'erreur : il est bien prouvé aujourd'hui que les saignées, d'un secours en général si prompt et si sûr contre les inflammations qui ont leur siége dans les cavités pectorales et encéphaliques, surtout contre les phlegmasies des viscères parenchymateux, ne jouissent point, à beaucoup près, de la même efficacité contre les phlegmasies abdominales, et surtout contre les gastro-entérites et les péritonites. Elles peuvent être utiles, chez des sujets très forts et pléthoriques, pour préparer les bons effets de la saignée locale ; mais le raisonnement et l'expérience ont prouvé aujourd'hui que c'est principalement sur celle-ci qu'il faut compter pour enrayer les congestions locales rapides, et détruire peu à peu les inflammations chroniques les plus opiniâtres de la muqueuse digestive. Les applications méthodiques et réitérées de sangsues alternativement sur la région épigastrique, sur la région iléo-cœcale, et surtout au fondement dans le cas de dysenterie ou de diarrhée, ont le grand avantage de dégorger à la fois les vaisseaux hémorroïdaux et de révulser à la peau l'irritation inflammatoire ou subinflammatoire, sans

produire cette faiblesse et cette émotion générales, qui sont le propre de la saignée. Oui, il est bien certain que la répétition trop rapprochée, que l'usage abusif de celle-ci, ôte à l'économie le temps et les moyens de réagir convenablement; de là un collapsus plus ou moins remarquable et toujours très nuisible dans les cas dont il s'agit.

N° 437. L'investigation exacte et attentive de ce malade à l'époque de son entrée à l'hôpital, ne semble laisser aucun doute sur la nature et le siége de l'affection locale, quelque masquée qu'elle fût déjà par des phénomènes sympathiques (fébriles et nerveux) plus ou moins remarquables. Il s'agit d'un homme très fort, dont la maladie date de neuf jours; les lèvres et la langue sont noires et sèches, le pouls très fréquent, la peau chaude et brûlante, les régions épigastrique et cœcale douloureuses à la pression; il y a en outre constipation; l'abdomen est recouvert de boutons à base rouge, surmontés d'une vésicule et ressemblant à ceux de la variole. Ces boutons, joints à l'état de la langue et de la muqueuse qui tapisse la bouche, n'étaient-ils pas un trait de lumière sur ce qui se passait dans le canal digestif? On sembla pressentir cette vérité quand on ordonna les sangsues au fondement. Mais conçoit-on cette timidité à la fois et cette mobilité dans le diagnostic qui, le lendemain, fait prescrire *quatre sangsues* de chaque côté du cou chez un homme robuste et dans la force de l'âge! La veille on en avait prescrit quinze au fondement, qui avaient produit le plus grand bien possible, puisque leur application fut suivie d'une selle et d'un meilleur état de la langue. Comment se fait-il donc qu'on change tout-à-coup de manière de voir, et qu'après ces deux mesquines applications de sangsues, on en vienne à prescrire une *décoction de polygala* et *une tasse de vin*? Dès lors la constipation et le délire vont en augmentant, ainsi que la prostration générale; la langue est redevenue sèche et brune, la peau brûlante, etc. On ajoute à la prescription un lavement de quinquina! Est-ce pour remédier à la constipation? Ce moyen réussit fort mal, soit dans ce but, soit dans tout autre; l'état du malade devint de plus en plus fâcheux, toutefois avec des alternatives de mieux si prononcées qu'elles simulent les intermittences et les rémittences des fièvres pernicieuses. « Il s'établit chaque soir, dit M. Andral, une sorte de redoublement pendant la durée duquel on observait une véritable agonie. N'était-ce pas une espèce de fièvre rémittente pernicieuse, et le quinquina,

donné *plenis manibus*, comme disait Piquer, avant le retour du redoublement, ne l'aurait-il pas prévenu? C'est après le quatrième redoublement que le malade succombe... C'est surtout dans la matinée du 3 juillet qu'une dose de quinquina aurait pu être administrée dans le but que nous venons d'indiquer; car alors la langue présentait à peu près un aspect physiologique, et il y avait très peu de fièvre. »

Malgré toute la confiance que nous avons dans l'efficacité du quinquina contre les fièvres intermittentes et les affections périodiques en général, nous ne pouvons, dans le cas dont il s'agit, partager entièrement l'opinion de M. Andral, parce que tout indiquait chez ce malade une lésion profonde et continue que le quinquina, *donné à pleines mains* et surtout administré par la bouche, n'aurait fait qu'aggraver; mais comme, d'un autre côté, il était urgent d'arrêter les redoublements fébriles qui épuisaient les dernières forces du malade, redoublements qui sans doute étaient dus à cette injection ou congestion sanguine de la muqueuse digestive dont l'autopsie a fait voir des traces, et qui s'ajoutait périodiquement à la lésion chronique continue de l'iléon, nous pensons que c'était ici le cas d'employer le sulfate de quinine selon la méthode endermique sur la plaie d'un vésicatoire et sur les parties sinapisées, ou en friction à la surface cutanée abdominale, dont il était d'ailleurs très important de ranimer les boutons qui tendaient à se dessécher; car si la lésion gastro-intestinale fit des progrès très lents chez ce malade, et si les ulcères intestinaux paraissaient marcher vers la cicatrisation, nul doute que ce bienfait de la nature n'ait été dû à la forte action révulsive de la parotide et des boutons développés sur l'abdomen. Nous terminerons en faisant remarquer que cette observation, regardée dans le temps comme une fièvre rémittente *ataxo-adynamique essentielle*, n'est plus aujourd'hui, pour M. Andral lui-même, qu'une dépendance de la lésion gastro-intestinale, dont il cherche à expliquer les phénomènes sympathiques ou les effets pernicieux par un *affaiblissement de l'innervation*. Sans doute il y a dans ces influences sympathiques si remarquables, partant d'une lésion limitée et à peine sentie, quelque chose qu'il est difficile de pénétrer et qu'on peut se contenter de rapporter à la disposition particulière du malade, sans se payer de mots qui n'apprennent rien de plus. Quant au type rémittent, on voit que cet observateur distingué n'y attache qu'une importance relative et fort secon-

daire, puisqu'il place dans la même catégorie et les affections fébriles continues, et les affections fébriles rémittentes, et les fièvres dont les accès quotidiens ressemblent à ceux des fièvres pernicieuses. Il en agit ainsi avec d'autant plus de raison qu'il a vu toutes ces fièvres se transformer les unes dans les autres, et présenter tour à tour ou successivement diverses nuances de type. C'est ainsi qu'il nous offre, dans l'observation suivante, une fièvre dont le type, de rémittent quotidien, devient continu par l'administration du quinquina.

Le malade, sous le n° 438, lors de son entrée à la Charité, fut d'abord traité de la manière la plus convenable et la plus rationnelle; après des émissions sanguines locales et générales, le redoublement fébrile quotidien fut attaqué avec succès par le quinquina. Mais la suppression du frisson périodique et l'amélioration qui s'était manifestée dans l'état du malade, devaient-elles faire oublier qu'il s'agissait d'une fièvre rémittente, et que la première ingestion du quinquina, tout en supprimant les redoublements fébriles périodiques, avait pu augmenter l'irritation continue du canal digestif ? Au lieu de continuer l'administration du quinquina, ne devait-on pas combattre le surcroît présumé d'irritation gastro-entérique par des applications de sangsues sur l'abdomen et au fondement? On n'en fit rien. Qu'arriva-t-il? la langue devint sèche et noire, la soif vive, le pouls très fréquent; et la fièvre, de rémittente qu'elle était, ne fit qu'augmenter et passer à la continuité. Crut-on que c'était la fièvre rémittente qui s'était *déguisée* sous cette dernière forme? ou bien l'air de stupeur et la prostration du malade en imposèrent-ils au point qu'on ne vit plus qu'une fièvre ataxique et adynamique essentielle? Quoi qu'il en soit, on continua la décoction de quinquina, dont l'effet pernicieux fut activé encore par une *tasse de vin*. Aussi le délire ne tarda point à se manifester, et pendant toute la nuit le malade tint les propos les plus incohérents. Dans la matinée du 5, persistance du délire; on prescrit *quatre* sangsues derrière chaque oreille (il s'agit d'un homme âgé de vingt-six ans et d'une forte constitution). On revint encore à deux petites applications de sangsues au cou; et, malgré la sensation d'une vive douleur aux lombes, une soif ardente, une langue noire et sèche, un ventre ballonné, une peau chaude et sèche, un pouls très fréquent et *assez résistant*, on continua le quinquina et le vin, et l'on ne dirigea aucun moyen antiphlogistique du côté de l'abdomen. Le

malade ne tarda pas à succomber, et l'autopsie fit voir des traces bien évidentes de phlegmasie tout le long du canal digestif. L'influence sympathique très violente qui fut portée du côté du cerveau, y détermina aussi une congestion très sensible. L'engorgement des follicules muqueux de l'extrémité inférieure de l'iléon était déjà très marqué, et formait plusieurs plaques d'un gris jaunâtre; partout, dans l'intervalle de ces plaques, la muqueuse était fort injectée.

Dans ce cas, les symptômes nerveux ou ataxiques se trouvèrent liés à un état morbide assez manifeste des méninges; or, ne pourrait-on pas par analogie conclure de ce qui a lieu lorsque cet état morbide est moins développé ou lorsqu'il consiste en une altération organique moins matérielle et moins appréciable à nos sens? Faut-il alors avoir recours à *l'affaiblissement de l'innervation* pour se rendre compte de ces phénomènes? Si l'on procède du connu à l'inconnu, ce serait plutôt à un accroissement morbide ou à une exaltation de cette innervation qu'il faudrait s'en prendre, et dès lors conviendrait-il de stimuler ou de tonifier les malades?

Nous sommes loin de croire qu'il faille bannir à jamais, et dans tous les cas, toute espèce de stimulants et de toniques; nous pensons que, dans ce cas en particulier, on fit bien de donner le quinquina la première fois. La suppression des frissons et des redoublements fébriles eut sans doute un effet très avantageux; mais la continuation fit beaucoup plus de mal que son premier usage n'avait fait de bien, et en somme le quinquina fut très nuisible, parce qu'il donna à la maladie une marche aiguë et rapidement funeste. Il n'en est pas de même dans les cas où, soit par suite d'un traitement antiphlogistique poussé trop loin, soit par suite d'une disposition particulière, lymphatique ou autre, l'irritation, d'abord inflammatoire de la muqueuse digestive, a passé complétement à l'état subinflammatoire; ce qui est annoncé par l'assoupissement, la prostration, et le laisser-aller du malade, par l'agitation nocturne sans délire, les selles fréquentes et séreuses ou muqueuses, par les borborygmes, la tuméfaction et l'indolence de l'abdomen, etc. Dans ce cas, le système lymphatico-sécrétoire étant seul ou principalement affecté, l'expérience a prouvé qu'on pouvait employer avec succès certains stimulants tels que les préparations opiacées et mercurielles. On peut en voir des exemples dans l'ouvrage dont il s'agit; car, sous le titre modeste

de *Clinique médicale,* M. Andral trouve moyen de traiter *ex professo* toutes les parties les plus difficiles et les plus importantes de la pathologie, et de fournir d'utiles, de nombreux matériaux pour la solution des questions les plus délicates de la thérapeutique. Si l'on y rencontre parfois des explications hasardées, des théories même antiphysiologiques, partout règne un ton de franchise et de bonne foi, partout on trouve un coup d'œil observateur et des réflexions judicieuses qui portent le lecteur lui-même à bien voir et à réfléchir; c'est là un très grand mérite qui sans doute assignera à cet ouvrage une place à côté de l'immortel traité des *Phlegmasies chroniques*.

Le fait suivant (n° 139) offre un exemple remarquable de l'influence sympathique de la lésion gastro-intestinale sur les fonctions cérébrales: le cerveau et ses membranes furent trouvés sains après la mort, quoique le malade eût présenté pendant plusieurs jours un état de surdité et de stupeur remarquable.

Ce qui frappe d'abord dans cette observation, c'est la date déjà éloignée de l'affection gastro-intestinale au moment où le malade entre à la Charité (38 jours). Il avait été stimulé dans le principe par un éméto-cathartique. Ce qu'il y avait eu en lui de plus saillant jusqu'à son entrée à l'hôpital, c'est le dévoiement et une chaleur brûlante pendant la journée, puis un redoublement fébrile avec sentiment de froid ou des frissons assez marqués vers le soir, et suivis de sueurs dans la nuit. Il y avait encore à cette époque chez ce malade, et dans les vingt-quatre heures, quatre ou cinq selles précédées de coliques, puis soif, anorexie, bouche amère, céphalalgie, face rouge, accablement général, etc. On ne trouva dans le mode du traitement adopté, *aucune indication précise !* Certes, une maladie déjà livrée à elle-même depuis plus d'un mois, ne semblait-elle pas réclamer autre chose qu'un traitement expectant? Comment les redoublements fébriles et périodiques du soir ne fixèrent-ils point l'attention! On se décida pourtant à faire pratiquer une saignée. « Ici, dit M. Andral, les émissions sanguines furent-elles seulement infructueuses? ne furent elles pas directement nuisibles? On serait porté à le penser, si l'on réfléchit avec quelle rapidité, à la suite de la saignée, un état très grave succéda à un ensemble de symptômes qui ne présentait rien d'alarmant. Admettrons-nous que, chez cet individu très fort en apparence, les fatigues excessives éprouvées pendant les grandes chaleurs du mois de juillet, aient épuisé l'innervation

à tel point que la soustraction subite d'une certaine quantité de sang produisit facilement une prompte adynamie? Admettrons-nous que ce fut cet état d'épuisement et d'innervation qui, en même temps qu'il se dessinait à l'extérieur par des symptômes spéciaux, provoqua aussi le mode de terminaison de l'affection intestinale, produisit tour à tour la gangrène et l'ulcération des plaques folliculeuses? »

Comme M. Andral, nous pensons que, dans cette circonstance, la saignée fut plutôt nuisible qu'utile. Mais est-il nécessaire, pour s'en rendre compte, de remonter soit aux fatigues quelconques d'une place de caissier, soit aux chaleurs du mois de juillet qui *auraient épuisé l'innervation* chez un homme jeune et robuste? Ne suffit-il pas de réfléchir à la nature et à la durée de la lésion gastro-intestinale dont il est affecté? N'est-il pas facile de concevoir que des fonctions digestives troublées depuis plus d'un mois, qu'un dévoiement habituel depuis la même époque, ont dû non seulement suspendre la chymification et l'hématose, mais encore épuiser les matériaux de l'économie par une déperdition continuelle de fluides divers? De là sans doute la lenteur qu'a mise cette lésion à parcourir ses différentes périodes. Mais, aucun moyen ne lui ayant été opposé, elle a poursuivi sa marche chronique; elle a passé de l'injection capillaire et de l'irritation sécrétoire superficielle, à tout le système muqueux et glandulaire du tiers inférieur de l'iléon, et dans une grande partie du cœcum et du colon. Les efforts de la nature étaient fructueux autant qu'ils pouvaient l'être étant livrés à eux-mêmes, puisque les ulcères de ce dernier intestin commençaient à se cicatriser. Il était déjà trop tard peut-être pour sauver le malade au moment de son entrée à l'hôpital; cependant si l'on eût examiné plus attentivement son état, on ne se serait sans doute pas borné dans le principe à un traitement expectant, et l'on n'aurait point eu recours à cette malheureuse saignée qui produisit tout-à-coup un collapsus si funeste, en ôtant à l'économie les dernières forces dont elle disposait pour réagir et pousser à la cicatrisation les points ulcérés. Si elle eût été secondée par des applications mesurées de sangsues sur la région iléo-cœcale, par des moyens révulsifs très énergiques à l'extérieur, d'autres chances plus favorables se seraient-elles présentées pour ce malade? Les désordres cadavériques ne le font guère présumer. Mais, à dater de la saignée, il s'est encore écoulé huit jours jusqu'à sa mort, et huit jours

pendant lesquels l'administration du quinquina, de la serpentaire, du polygala, des tasses de vin et du camphre, ont sans doute peu agi dans l'intérêt de sa guérison. S'il y a des cas, comme nous l'avons dit précédemment, où l'on peut avoir recours avec succès à quelques moyens stimulants et toniques, ce n'est sûrement pas quand il y a un état fébrile continu, aussi prononcé que chez ce malade. Mais peut-on, je veux dire est-on fondé à établir d'une manière générale que *les divers désordres d'innervation qu'on appelle symptômes ataxiques et adynamiques, contre-indiquent la saignée et demandent l'emploi des toniques*? Nous sommes loin de partager cette opinion : car combien de phlegmasies intenses provoquent, dès leur début, les symptômes dont il s'agit, et nécessitent pourtant des émissions sanguines locales et générales ! Oter à l'ataxie et à l'adynamie un rôle pernicieux et spécial pour le faire jouer à l'innervation, n'est-ce pas approchant la même chose ?

L'observation sous le nº 440 présente beaucoup d'analogie avec les précédentes, et si elle ne fut pas suivie d'une terminaison funeste, ne le dut-elle pas à un traitement dirigé en grande partie selon les principes de la doctrine physiologique ? Il s'agit d'un homme, jeune et d'une bonne constitution, atteint de fièvre rémittente avec céphalalgie, chaleur générale sèche, langue lancéolée, blanche et humide, bouche amère, respiration gênée, pouls dur et fréquent, anxiété, figure pâle, selles bilieuses, spontanées, etc. On pratiqua une saignée générale qui, loin de soulager le malade, rendit le paroxysme du soir plus fort. D'après les principes des partisans de la fièvre typhoïde, le non-succès de la saignée aurait été la *pierre de touche* qui eût indiqué l'épuisement de l'innervation et l'existence de cette prétendue fièvre essentielle, ou de cette entité fébrile *suî generis*, contre laquelle on eût dirigé force quinquina ! Que serait-il arrivé? la gastro-entérite aurait fait des progrès, les redoublements fébriles seraient devenus plus intenses et plus rapprochés les uns des autres; l'irritation, d'abord inflammatoire et superficielle, de la muqueuse intestinale, aurait envahi tout le système muqueux et folliculaire ; elle aurait pu se concentrer là où ces follicules sont à la fois plus nombreux et mieux développés, c'est-à-dire sur la fin de l'iléon. L'irritation communiquée à la valvule iléo-cœcale, l'aurait gonflée, rétrécie; elle en aurait rendu le passage plus difficile à des matières excrémentitielles, âcres et fétides ; celles-

ci, à leur tour, par leur quantité et leur stagnation, seraient devenues une nouvelle source d'irritation et d'altération organique pour les parties affectées; de là les *plaques fongueuses, gauffrées*, les ulcérations, puis l'engorgement et l'altération des glandes mésentériques correspondantes. Voilà comment nous concevons le développement des altérations organiques nombreuses et variées qui forment le *caractère anatomique* de la spécialité morbide appelée autrefois *fièvre entéro-mésentérique*, et qu'on nomme aujourd'hui *dothinentérie, fièvre typhoïde*. Ne conçoit-on pas très bien que tout cela eût pu se présenter chez le malade dont il s'agit, pour peu qu'il eût été stimulé par un mauvais régime, par des affections morales tristes, et surtout par des toniques et des stimulants de tout genre? Fort heureusement pour le malade dont il s'agit, malgré son air inquiet, l'amertume très-prononcée de la bouche, et son anxiété, etc., l'on ne craignit point d'avoir recours à des applications de sangsues sur la région épigastrique. Les frissons du redoublement fébrile suivant furent plus légers, bien que les symptômes d'irritation locale continuassent à être très prononcés; il y avait des déjections bilieuses, le ventre était tendu et douloureux: on revint à l'application des sangsues sur la même région, mais en trop petit nombre pour que l'effet en fût très sensible. Le redoublement fébrile et périodique du soir fut accompagné de délire; on administra quelques grains de sulfate de quinine; les redoublements fébriles suivants furent moins forts et moins longs, mais le délire persista jusqu'au moment où l'on vit apparaître sur l'abdomen un grand nombre de petits boutons durs et douloureux, qu'on reconnut bientôt pour des furoncles. Dès lors les paroxysmes fébriles du soir devinrent chaque jour plus légers. Cependant le regard du malade était toujours étonné, et des symptômes d'irritation gastro-entérique assez prononcés s'étaient fait remarquer encore le quatorzième jour; on revint de nouveau à l'application des sangsues et aux cataplasmes émollients sur l'abdomen : alors quelques légères doses de sulfate de quinine suffirent pour achever la guérison de la fièvre rémittente ou des redoublements périodiques de la gastro-entérite dont il s'agit. Ne semble-t-il pas que ce soit là un exemple de *dothinentérie*, de *fièvre typhoïde* ou *furonculeuse*, de MM. Bretonneau et Louis, qui, par un mouvement critique avantageux, a passé de la muqueuse digestive à la peau, aidée dans ce déplacement par des applications réitérées de sangsues? Pour

d'autres médecins ce sera une fièvre remittente essentielle, d'abord inflammatoire, puis ataxique ou délirante; le plus grand nombre y reconnaîtra aujourd'hui une nuance de gastro-entérite avec des exacerbations fébriles périodiques, qui a été en grande partie révulsée par des furoncles abdominaux. Quoi qu'il en soit de ces différentes manières de voir sur la nature et le siége d'une fièvre rémittente, continue ou intermittente, l'on ne peut guère s'empêcher d'y reconnaître une lésion locale, dont le siége est ordinairement placé dans le canal digestif, et en particulier sur l'extrémité inférieure des intestins grêles. Quant à la forme, à la nature, à l'étendue de cette lésion, tout doit nécessairement varier, ainsi que les symptômes qui en sont la suite, par une infinité de circonstances relatives aux causes de la maladie, aux erreurs de régime ou de traitement, à la constitution atmosphérique, et surtout à l'idiosyncrasie ou aux dispositions individuelles des malades.

Quelques unes des réflexions que nous avons faites, relatives au traitement des fièvres rémittentes gastriques et pernicieuses observées par M. Andral, se trouvent encore confirmées par l'observation sous le nº 441, dans laquelle on se hâte beaucoup trop d'administrer le sulfate de quinine, dont la dose quoique faible ne laisse pas de rendre plus violents les accès de la fièvre. On a le bon esprit de ne pas insister sur ce moyen; on lui substitue bien vite une saignée générale par laquelle on aurait dû commencer le traitement. Mais, bien loin qu'il en résulte aucun amendement, les symptômes paraissent acquérir une intensité plus grande, l'épigastre reste tendu et douloureux; alors, et malgré la prostration générale du malade, on applique vingt sangsues sur la région épigastrique. D'autres symptômes pernicieux se déclarent; on les poursuit par des applications de sangsues réitérées, avant d'en revenir à l'usage du sulfate de quinine qu'on a la précaution d'administrer en lavements, et qui, de cette manière, triomphe facilement des accès fébriles, même à petites doses.

Dans l'exemple suivant, nº 442, on adopte une méthode de traitement diamétralement opposée, et cependant on ne s'écarte point des principes de la doctrine physiologique, qui sont loin d'être aussi exclusifs que veulent bien le dire des médecins routiniers qui ne la connaissent pas. En effet, il s'agit d'un homme d'un tempérament mou et détérioré, sujet à des ophthalmies

chroniques, à des ulcères aux jambes, et qui est atteint d'une fièvre tierce gastrique, dont les accès indiquent manifestement le trouble des fonctions digestives, mais avec des symptômes d'irritation subinflammatoire ou lymphatico-sécrétoire, avec exubérance de bile et de mucosités, comme l'indiquent l'état de la langue, la couleur des lèvres, l'absence de la soif et de toute espèce de douleur locale. M. Nepple a raison de traiter son malade par la diète et l'émétique. Les accès continuant, et étant toujours suivis de symptômes saburraux, on profite des intermissions suivantes pour administrer deux purgations. La bouche reste encore mauvaise et l'anorexie prononcée; alors ce praticien ne craint pas de prescrire de nouveau un grain et demi d'émétique dans une tasse de bouillon aux herbes. Des vomissements copieux et verdâtres ramènent le goût et l'appétit; alors une infusion amère suffit pour achever la guérison.

Nous pensons qu'il est fort rare de rencontrer des cas où ce genre de médication puisse convenir d'une manière absolue; mais il ne faut pas oublier non plus qu'il y a des indications bien positives de recourir aux évacuants; il y a des constitutions tellement lymphatiques et si peu impressionnables qu'elles ne sont modifiées que par de fortes secousses. On voit des individus dont l'hématose est si languissante que ce serait les anéantir que de leur tirer une palette de sang. Il y a par contre chez eux une telle activité dans les organes sécréteurs et exhalants que l'économie peut difficilement se débarrasser par les moyens et les voies ordinaires de tous les fluides sécrétés, de toutes les humeurs exhalées et versées sans cesse dans des lieux où elles deviennent pour le moins une gêne aux fonctions organiques, dans les cas où elles ne sont pas des causes irritantes et morbides.

Dans l'observation sous le n° 443, il s'agit, comme dans l'exemple précédent, d'une fièvre bilieuse ou gastrique: il y a également un trouble marqué des fonctions digestives; mais quelle différence dans la constitution du malade, dans la sensibilité générale et surtout épigastrique, dans l'état du pouls et de la langue! Aussi M. Bonnet n'hésite-t-il pas à faire appliquer au creux de l'estomac vingt sangsues, qu'on laisse saigner autant que possible; il prescrit une diète sévère et des boissons mucilagineuses. L'accès revient encore avec les mêmes symptômes, accompagné de la même douleur épigastrique; alors nouvelle application de sangsues, suivie d'une prompte administration du

sulfate de quinine qui achève facilement la guérison. Dans ce cas, il y avait aussi des symptômes d'inappétence, de dégoût, des nausées, des vomissements; cependant le praticien dont il s'agit s'est bien gardé de faire vomir son malade, et de le purger, ni avant ni après l'administration du fébrifuge.

Mêmes réflexions à l'égard du fait suivant; mêmes moyens, même succès. Cette dernière observation prouve que, même dans les cas où l'on pourrait adopter sans trop d'inconvénients la méthode évacuante, il est encore plus sûr de ne point y avoir recours; puisqu'on peut très bien guérir ses malades sans ce moyen, comme le prouve M. Bonnet en agissant d'après les principes de la doctrine physiologique, c'est-à-dire en insistant sur la diète, les boissons délayantes; et, quand on a recours aux évacuations sanguines, il faut alors constamment préférer les saignées locales, qui doivent être peu abondantes; il vaut mieux y revenir plusieurs fois que d'affaiblir tout de suite et coup sur coup des malades, qui ne supporteraient pas ces sortes d'ébranlements qui d'ailleurs paralyseraient ou entraveraient la nature dans ses moyens de réaction favorables à la guérison.

Nous venons de voir des exemples de fièvres intermittentes bilieuses ou gastriques, les plus simples qui nous soient présentés dans les auteurs, et dans lesquels pourtant il a été facile de reconnaître une nuance d'inflammation ou de subinflammation de la muqueuse digestive, laquelle a été reconnue par les médecins eux-mêmes qui ont observé les malades dont il s'agit, et qui ont dirigé leurs traitements en conséquence.

Voici d'autres observations, sous les nos 445, 446 et 447, qui, par leur rareté et par la bénignité de leurs symptômes, sembleraient devoir former des exceptions dans l'histoire des fièvres intermittentes et rémittentes : il s'agit des cas de fièvre réputés les plus simples, c'est-à-dire dans lesquels il est le plus difficile d'assigner un ou plusieurs organes primitivement et spécialement affectés dans ces fièvres. La première est d'autant plus intéressante qu'elle a été observée par un médecin sur lui-même; de là l'exactitude et la précision des détails relatifs à la description des symptômes et de toute l'histoire de la maladie. Hé bien! quelle que soit la *simplicité* de cette fièvre tierce, n'est-il pas facile d'y reconnaître une irritation de la muqueuse digestive, puisqu'il y a soif, bouche sèche, inappétence et nausées, durant le premier accès qui paraît d'ailleurs avoir été occasionné par une indiges-

tion de cerises très acides, et puisque l'épigastre devient sensible à la pression après quelques accès. Tel paraît avoir été le diagnostic du praticien dont il s'agit, puisqu'il se fait appliquer des sangsues à l'épigastre et qu'il se soumet à un régime diététique et adoucissant, avant de se décider à prendre le sulfate de quinine dont l'usage prévient le retour des accès.

Les deux faits suivants nous offrent deux exemples de fièvres intermittentes *essentielles*, les plus *simples* que nous ayons su trouver dans les auteurs. En les rapportant ici, nous avons eu pour but de fixer nos idées sur ce qu'on peut entendre aujourd'hui par ces mots *fièvre intermittente simple*. On ne peut pas dire, dans ces deux cas, que les organes digestifs soient malades, puisqu'il n'y a aucun symptôme particulier qui indique leur affection; on ne peut pas davantage placer le siége de cette lésion dans les organes cérébraux et pulmonaires. Dans le premier cas, la fièvre est occasionnée par la suppression des menstrues et guérie par le retour de cet écoulement sanguin; ce qui semble prouver qu'elle était due, soit à une pléthore sanguine générale, soit à une congestion spéciale de la matrice. Dans le second cas, on ne peut pas facilement reconnaître un organe particulier dont on doive accuser la souffrance ou dont l'irritation paraisse provoquer les accès fébriles; il y a pléthore sanguine et imminence de congestion locale; cependant, comme ces accès sont chaque fois dissipés ou prévenus par des émissions sanguines, ne peut-on pas en conclure avec quelque probabilité qu'ils sont le résultat de la surexcitation portée par un sang trop abondant, trop irritant ou trop riche en matériaux nutritifs, sur la membrane interne du cœur et des principaux vaisseaux artériels; de la même manière que cela paraît avoir lieu pour certaines fièvres continues inflammatoires, d'après les expériences et les recherches à cet égard, qu'on doit particulièrement à M. Bouillaud (1). On ne peut donc pas conclure des cas de fièvres intermittentes, réputés les plus simples, qu'ils constituent des groupes de symptômes *essentiels*, *suî generis*, existant par eux-mêmes et sans lésion organique quelconque. Quant au mot *simple*, ne semble-t il pas qu'il est ici employé fort mal à propos, puisqu'il sert à caractériser des fièvres, très peu graves il est vrai, mais d'autant moins simples, qu'il y a chez elles tout un système d'organes qui se trouve

(1) *Traité clinique et expérimental des fièvres*, 1828.

irrité, bien loin qu'il n'y ait qu'un point de l'économie ou qu'un seul tissu affecté, comme dans la plupart des autres fièvres? Ne semble-t-il pas qu'on devrait plutôt réserver l'épithète dont il s'agit pour la fièvre dont la lésion provocatrice réside presque toujours dans le même organe et le modifie ordinairement de la même manière, comme la fièvre intermittente gastrique, par exemple? Selon les essentialistes, au contraire, les fièvres intermittentes simples sont celles qui doivent exister avec *absence de tout symptôme grave, de toute phlegmasie*, ou *d'une lésion locale quelconque* durant leurs accès; car du moment qu'ils reconnaissent des symptômes assez saillants de la souffrance d'un ou de plusieurs organes, ou des lésions locales quelconques, alors leurs fièvres simples deviennent des fièvres pernicieuses *compliquées d'inflammations*; alors elles perdent ce caractère de simplicité et d'essentialité qui les distingue; caractère qui ne peut plus guère exister que dans l'imagination de quelques têtes à préjugés, depuis qu'une observation plus attentive, jointe aux recherches déjà très multipliées d'anatomie pathologique, en a fait justice.

D'autres exemples de fièvres intermittentes inflammatoires, dont nous avons été témoin, viennent à l'appui de ce que nous venons de dire. Ce sont ceux rapportés sous les n°s 448, 449 et 450. Dans ces faits, il est aisé de reconnaître, malgré des influences sympathiques assez prononcées sur l'estomac, que ce n'est pas cet organe qui est le siége primitif et principal de la congestion sanguine périodique. Dans le premier exemple, la stature et la disposition du sujet semblaient devoir rendre assez facile le diagnostic à porter sur la nature et le siége de la maladie; cependant quelques symptômes gastriques en ont imposé au premier abord; on a voulu les combattre par des évacuants: cette tentative a été funeste; l'intensité des accès fébriles en a été augmentée, et probablement que l'irritation sympathique de l'estomac n'aurait pas tardé à devenir idiopathique comme celle de l'encéphale, et à rendre la congestion cérébrale plus grave et rapidement funeste, si l'on eût continué à poursuivre par des évacuants les symptômes gastriques qui reparaissaient à l'invasion de chaque accès.

Dans l'observation suivante, n° 449, il paraît probable que, dans le principe, l'irritation congestive, provocatrice des accès fébriles, avait lieu simultanément et au même degré sur les or-

ganes digestifs et pulmonaires ; mais la sobriété habituelle du malade, son ardeur pour des travaux pénibles et sa prédisposition aux affections catarrhales, furent cause sans doute que, par la répétition des accès, la lésion des poumons devint prédominante. Quand je vis ce malade pour la première fois, on ne pouvait plus douter que la congestion sanguine périodique n'eût lieu particulièrement sur les poumons ; il ne fallut rien moins que deux saignées très abondantes, soit pour modérer les symptômes inflammatoires, pneumoniques et catarrheux, soit pour disposer le malade à l'ingestion du sulfate de quinine. Ce médicament fut très bien supporté par l'estomac malgré l'inappétence, l'état pâteux de la bouche et la blancheur de la langue. Quand les accès fébriles furent arrêtés, il a suffi du régime et de quelques boissons amères légères pour ramener l'appétit et dissiper peu à peu l'habitude catarrhale.

Nous avons été loin d'être aussi heureux dans la troisième observation, n° 450, bien que la malade ait été pour nous l'objet des soins les plus assidus, des visites les plus multipliées et de l'examen le plus attentif. La terminaison funeste de cette maladie et l'autopsie semblent prouver que nous n'avons point assez insisté dans le principe sur le traitement antiphlogistique. La lésion principale, essentielle et provocatrice de la fièvre intermittente, était dans la matrice ; il aurait fallu diriger de ce côté toute notre attention sans trop nous occuper de ces malheureux symptômes gastriques qui probablement dans le principe n'étaient que sympathiques de la lésion utérine. L'ipécacuanha, bien qu'il ait paru soulager momentanément la malade, aura été plus nuisible qu'utile. N'était-ce point par des applications réitérées de sangsues sur le bas-ventre et au fondement qu'il aurait fallu chercher à arrêter les pertes utérines? Et pourtant, remarquez la difficulté du diagnostic : il s'agit d'une femme de très petite stature, pâle, réduite à une grande faiblesse par la quantité considérable de sang qu'elle ne cesse de perdre depuis plusieurs jours ; cependant elle a commencé à nourrir son enfant ; elle est de plus sujette à des accès de fièvre intermittente avec des symptômes d'embarras gastrique très prononcés ; enfin, elle offre un engorgement œdémateux des parties génitales et de la jambe droite. L'emploi du sulfate de quinine a été plutôt nuisible qu'utile, puisqu'il n'a exercé aucune influence sur la fièvre, et qu'il n'a pas empêché les accès fébriles quotidiens de se répéter comme aupa-

ravant. Aurait-on dû ne l'administrer qu'en lavements? Mais il aurait été également nuisible par cette voie, car l'irritation était très prononcée de ce côté. Son administration selon la méthode endermique eût été préférable ; peut-être aurait-il fallu y renoncer entièrement, pour s'attacher à combattre uniquement l'inflammation de la matrice et de la vessie, sans s'inquiéter de la pâleur et de la faiblesse de la malade ; il aurait fallu tout de suite l'empêcher de nourrir, et ne pas craindre de l'affaiblir encore pour enrayer et éteindre ce terrible foyer inflammatoire de la matrice, d'où il exerçait des irradiations funestes sur toutes les principales fonctions de l'économie. La perte d'une mère si utile à sa jeune et nombreuse famille, nous a trop vivement frappé pour que nous ayons hésité de publier l'histoire de sa maladie ; puisse-t-elle n'être pas inutile, et rendre tout praticien plus circonspect, plus méthodique et plus heureux en pareille circonstance!

Dans ces trois observations que nous venons de rapporter, le système digestif n'était affecté que sympathiquement ou secondairement à une lésion du cerveau, des poumons et de la matrice ; cependant les malades présentaient à peu près les symptômes de la fièvre intermittente ordinaire. C'est parce que de semblables faits sont assez rares que nous les avons recueillis ; ce sont presque les seuls de ce genre que nous ayons remarqué au milieu d'un si grand nombre de fièvres intermittentes et rémittentes que avons traitées depuis dix-huit ans que nous exerçons la médecine dans des lieux où elles sont endémiques et se montrent sous les formes les plus variées. La plupart des autres faits si nombreux que nous avons été dans le cas d'observer, nous ont confirmé dans la vérité précédemment énoncée, que ces fièvres sont dues le plus souvent à une lésion idiopathique et primitive de la muqueuse digestive.

Nous venons d'analyser successivement plusieurs faits, la plupart suivis d'autopsies et relatifs aux fièvres intermittentes *bilieuses* ou *gastriques*, *adynamiques*, *ataxiques*, et *inflammatoires* des auteurs ; il nous reste encore à parler de quelques faits recueillis sur celles qu'on a appelées *nerveuses* ou *cérébro-spinales*, *muqueuses* ou *pituiteuses*, et de quelques fièvres rémittentes et intermittentes *typhoïdes*.

Dans le premier de ces faits, sous le n° 451, qui appartient au professeur Baumes de Montpellier, il paraît assez évident que l'irritation nerveuse, provocatrice des redoublements fébriles

quotidiens, a son siége dans le cerveau; l'âge du malade, les rêvasseries, les mouvements convulsifs et la paralysie de la langue, qui accompagnent les accès, confirment ce diagnostic. Il en est de même de l'innocuité des purgatifs, des mixtures cordiales, des potions stimulantes, qui furent prodigués à ce malade. Pour peu que la muqueuse digestive eût été affectée, ces moyens n'auraient pas manqué d'augmenter vivement l'affection de cet organe dont les influences sympathiques auraient reflué d'une manière pernicieuse du côté du cerveau; tandis que, dans le cas dont il s'agit, les stimulants portés à l'intérieur parurent joindre leur action révulsive à celle des vésicatoires et des frictions irritantes aux extrémités inférieures, pour débarrasser le cerveau. La réflexion que fait M. Baumes sur la préférence à donner aux frictions irritantes externes sur les vésicatoires au début des affections dont il s'agit, nous paraît très juste et très fondée; non dans la crainte d'une *atonie qui suivrait leur irritation*, mais parce que les vésicatoires occasionnent une douleur qui, suivant l'irritabilité des individus, peut augmenter la stimulation portée sur les organes encéphaliques. Cette observation prouve encore qu'on peut avoir recours à des doses très fortes de quinquina, pour arrêter ou prévenir les redoublements fébriles périodiques, dans les cas où ils dépendent d'une affection cérébrale sans complication gastro-entérique.

Chez le second malade, sous le n° 452, l'absence absolue de toute espèce de dérangement dans les fonctions digestives, son âge de croissance, une élongation rapide, le développement du système nerveux, une tête volumineuse, des facultés intellectuelles très précoces, les pandiculations rapides, la céphalalgie, et une courbature très sensible pendant les accès, tout semblait nous indiquer que le système cérébro-spinal était le siége de l'irritation locale périodique dont les influences sympathiques sur le cœur, l'estomac, le système cutané, etc., provoquaient, de deux jours l'un, des accès fébriles intermittents.

Il en est de même à plus forte raison encore du troisième malade, sous le n° 453, vu l'état satisfaisant des fonctions digestives en comparaison de ce qui se passe du côté du cerveau et de la moelle épinière, et surtout à cause de l'habitude de masturbation qui chez ce malade rend le système cérébro-spinal très irritable. A en juger par notre observation et celle de nos confrères qui ont occasion de voir beaucoup de fièvres intermittentes, nous croyons

que la nuance de fièvre intermittente appelée *cérébro-spinale* est assez rare. Ce n'est guère qu'en théorie, et en faisant quelques frais d'érudition si ce n'est d'imagination, qu'on parvient à lui faire jouer un très grand rôle. Nous n'ignorons pas qu'il y a des auteurs anciens pour qui toutes les fièvres en général, surtout les intermittentes, n'étaient que des névroses; mais n'y en a-t-il pas parmi ces auteurs quelques uns, comme Hoffmann par exemple, dont on a travesti ou fort mal interprété la pensée? Cet auteur célèbre avait reconnu, il est vrai, que la moelle épinière, le cerveau, et principalement les membranes qui enveloppent ces organes, se trouvaient souvent irrités au début d'un grand nombre de fièvres, et surtout durant le frisson des fièvres intermittentes; mais cela ne l'empêche point de reconnaître que la cause première de presque toutes les fièvres continues ou intermittentes, consiste dans une irritation ou une lésion de l'estomac et du duodénum. Ce n'est absolument que le spasme fébrile et les frissons qui, selon lui, prennent leur source constante dans une irritation de la moelle épinière(1). C'est aussi à cette irritation que Baillou, P. Frank, Ludwig, etc., attribuaient les douleurs dorsales et le tremblement des accès fébriles; mais il s'en faut bien que ces praticiens crussent que toutes les fièvres intermittentes fussent nerveuses.

Sous le n° 454, on voit une observation, recueillie par M. Fizeau à une époque déjà bien éloignée, et qui nous offre cet ensemble de symptômes auquel on reconnaissait une *fièvre rémittente muqueuse essentielle*. Elle nous montre ce vague et cette incertitude qui régnaient alors dans le diagnostic des fièvres, et l'habitude qu'on avait, en recueillant une observation, de noter par-ci par-là quelques phénomènes un peu saillants sans faire aucune mention des organes malades, et sans rattacher ces phénomènes à aucune espèce de lésion locale ni externe ni interne ou viscérale. Quand on examina pour la première fois l'individu dont il s'agit, l'oppression très considérable, la peau chaude et sèche, l'abdomen tendu, la soif, la constipation, etc., semblaient indiquer que c'était dans les organes de la respiration, et surtout de la digestion, qu'existait une lésion ou modification morbide quelconque. Mais c'était bien de l'état des organes dont on devait s'enquérir, alors qu'on avait à traiter une *fièvre muqueuse essentielle !* Aussi

(1) *Dissertatio de mot. feb. indole ac sede.*

suivra-t-on, jour par jour et pendant plus d'un mois, ce malade sans noter autre chose que la disparition et le retour des accès ou des redoublements fébriles, frisson, chaleur, pouls plus ou moins fréquent, fort ou faible, langue sèche ou humide, rouge, blanche ou noire, stupeur, supination, délire, prostration, voilà les symptômes sans cesse répétés de diverses manières et à des degrés d'intensité très variés et plus ou moins remarquables, à la suite desquels se trouvent prescrites des potions cordiales ou antispasmodiques, des bols camphrés et nitrés, des limonades vineuses et des décoctions de quinquina, qu'avec une persistance admirable on oppose, et la nuit et le jour, en doses croissantes et décroissantes, à cette fièvre muqueuse, si obstinée qu'après plus de quarante jours de durée, le patient sortit de l'hôpital encore *très faible!* N'est-ce pas ici le cas de dire que la nature a triomphé à la fois et de la maladie et des remèdes? Heureusement pour ce malade que l'irritation principale se trouva fixée sur la muqueuse pulmonaire, à en juger du moins par les crachats épais, visqueux et d'un blanc grisâtre, qui commencèrent à s'établir dès le vingtième jour; dès lors, l'oppression (dont on n'avait plus parlé depuis le premier jour qu'on rendit compte de l'état du malade) fut moindre et la respiration plus libre, malgré la persistance de la toux qui fatiguait encore beaucoup le malade, qui lui occasionnait des douleurs assez marquées dans la région épigastrique et derrière le sternum. Quoi qu'il en soit, cet individu, âgé de vingt-trois ans et d'une constitution robuste, ne fut délivré, dis-je, qu'après *quarante-quatre* jours, de cette prétendue *fièvre essentielle*, dont la crise se fit, dit-on, par des crachats épais, grisâtres et puriformes, lesquels devinrent blancs et muqueux dès que la convalescence eut commencé à s'établir. Tout cela ne ressemble-t-il pas à un catarrhe pulmonaire, sujet à des redoublements fébriles périodiques, et dont la durée ne fut si prolongée que parce qu'on eut recours à un traitement stimulant et très peu méthodique?

Moins bien constitué, quoique jeune, le malade suivant (n° 455) ne put résister à une affection caractérisée également de fièvre rémittente muqueuse. Il présentait, lors de son entrée à l'hôpital, une toux sèche, difficulté de respirer, langue blanche, bouche amère, un peu de soif; infiltration générale, abdomen tuméfié, un peu douloureux à la pression; diarrhée modérée avec des tranchées. On prescrit un émétique; il en résulte

des vomissements bilieux, des déjections alvines avec tranchées, une grande soif, et des douleurs de ventre plus sensibles. Dix sangsues autour de l'ombilic font disparaître ces douleurs; mais les déjections alvines persistent. Le quatrième jour l'accès revient, la respiration s'embarrasse de plus en plus. Trois vésicatoires et cinq grains de sulfate de quinine n'empêchent pas le retour d'un accès plus violent qui rend la toux continuelle, la suffocation imminente et bientôt si prononcée, que, malgré une nouvelle dose de quinine, le malade succombe le lendemain. L'autopsie fait voir des traces évidentes d'inflammation dans les membranes muqueuses pulmonaire et digestive, et des épanchements de sérosité plus ou moins abondants dans les cavités thoraciques et abdominales. Le praticien, à qui nous devons cette observation, fait preuve dans maintes autres circonstances d'une assez grande sagacité dans l'emploi des moyens thérapeutiques pour qu'il soit permis de signaler les erreurs dans le diagnostic et le traitement de ce malade. En effet, il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans, dont l'estomac n'avait été précédemment ni fatigué par de mauvaises digestions, ni *embarrassé* d'une manière quelconque, puisqu'il ne buvait que de l'eau depuis plusieurs jours. Les symptômes de congestion pulmonaire et d'irritation gastro-entérique, étaient assez marqués, surtout au moment de l'accès, pour qu'on ne s'en laissât pas imposer par la blancheur de la langue et l'amertume de la bouche. Le mauvais effet de l'émétique nécessita l'emploi des sangsues sur l'abdomen; tandis qu'il aurait fallu, dès le principe, saigner le malade, réitérer les applications de sangsues sur la poitrine, insister méthodiquement sur les moyens antiphlogistiques et révulsifs externes. N'est-il pas évident que ce malade meurt suffoqué par les fluides sanguins et séreux accumulés dans les organes pulmonaires? « Cet épanchement, dit M. Nepple (1), paraît dû à l'impuissance où s'est trouvé le tissu cutané de s'épanouir au déclin de chaque accès, et d'être le siége de l'exhalation dérivative et débilitante qui est alors si nécessaire. L'exhalation repoussée de la peau s'est fait sur les membranes séreuses de la poitrine et du ventre. » Mais d'où vient cette *impuissance* du tissu cutané à s'épanouir, et quel est le mauvais génie qui repousse l'exhalation de la peau? Ne sont-ce pas là autant de suppositions gra-

(1) *Ouvrage cité*, p 62.

tuites ? Car, si les redoublements fébriles périodiques qui résultent de la congestion des muqueuses pulmonaire et gastrique, ne sont pas suivis de sueurs, n'est-ce pas simplement parce que l'exhalation dérivative ou l'irritation sécrétoire a plus de tendance à s'opérer sur les membranes séreuses que sur la peau? Il n'est pas rare d'ailleurs que, malgré des sueurs assez sensibles, cette dernière irritation n'ait beaucoup de tendance à se développer chez des individus dont le système lymphatique est prédominant. Si l'exhalation était *repoussée* de la peau, pourquoi ne l'était-elle pas aussi du tissu cellulaire sous-cutané? Cependant ce malade enflait, l'anasarque faisait des progrès, parce que le reflux des fluides de l'extérieur dans les viscères au moment du frisson, était si considérable et si violent qu'il en résultait un obstacle à la circulation ; de là des congestions secondaires et un surcroît d'activité du système lymphatico-sécrétoire non seulement dans les séreuses les plus rapprochées des organes malades, mais encore dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il y a même des cas où l'irritation sécrétoire des membranes séreuses n'est pas seulement une complication de la congestion sanguine périodique qui cause les accès fébriles, mais où cette irritation devient elle-même l'affection principale, qui remplace celle des membranes muqueuses. Ce déplacement morbide peut être avantageux quand il a lieu uniquement dans la séreuse abdominale, ou mieux dans le tissu cellulaire sous-cutané ; mais il est presque toujours funeste quand il se porte sur l'arachnoïde et sur les plèvres, comme les professeurs Broussais et Andral en citent plusieurs exemples.

Les trois derniers faits, relatifs aux fièvres muqueuses intermittentes, et rapportés sous les n°s 456, 457 et 458, ne sont pas seulement utiles pour nous éclairer sur la nature et le siége des fièvres dont il s'agit, mais recueillis à une époque assez éloignée les uns des autres, ils nous font voir la grande différence qu'il y a dans la rédaction de trois faits à peu près semblables. Dans la première observation, appartenant au professeur Pinel, on ne voit que la *fièvre tierce essentielle;* et, pendant quarante jours qu'a duré cette fièvre, on ne nous entretient absolument que de la disparition et du retour des accès, de l'état du pouls et de la langue, du frisson, de la chaleur et des sueurs. Il n'est pas plus question des fonctions cérébrales, respiratoires et digestives, que si le malade eût joui de la plus parfaite santé. On ne dit même pas quels remèdes on opposait à l'entité fébrile. Peut-être la laissa-t-on

marcher jusqu'au bout, comme dans l'observation sous le n° 431, pour savoir au juste quand et comment elle se terminerait! On pourrait prendre cette réflexion pour une plaisanterie, s'il n'était pas certain qu'on a dressé plusieurs tableaux assez nombreux à la Salpêtrière, pour savoir combien de jours mettent à se terminer, par les seules forces de la nature, beaucoup de fièvres intermittentes auxquelles on n'opposa qu'un traitement expectant. Sans doute cette fièvre tierce se trouva du nombre de celles qu'on laissa marcher à son gré. Ce qu'il y a donc de plus saillant dans cette observation, c'est que la fièvre marcha quarante-deux jours, et que c'est dans la nuit du quarante-troisième au quarante-quatrième jour qu'elle se termina par la mort de la patiente. L'autopsie fit voir, dans toute l'étendue des intestins, des taches bleuâtres, livides, de différentes grandeurs; les glandes mésentériques correspondantes étaient considérablement développées et d'une couleur cendrée.

La seconde observation (n° 457), recueillie en 1827 à l'Hôtel-Dieu, se ressent d'une époque où l'on faisait déjà un peu plus attention aux organes dans l'investigation des phénomènes fébriles. On nous dit que, lors de l'entrée de ce malade à l'hôpital, il présentait une langue rouge, une soif assez vive, un ventre souple mais douloureux dans la région épigastrique et les hypocondres, surtout dans l'hypocondre gauche, d'où la rate tuméfiée faisait saillie sous le rebord des fausses côtes, etc. Comment se fait-il donc qu'on ne songea point à combattre ces symptômes par un traitement antiphlogistique local plus ou moins prompt et énergique? Nul doute que ce ne soit le malheureux type intermittent de la fièvre qui ait empêché d'avoir recours à ce traitement; et, trop habitué encore à regarder cette fièvre comme une affection générale ou essentielle, on se contenta de prescrire une saignée générale. L'état du pouls, qui était assez large et résistant, ne semblait pas contre-indiquer cette émission sanguine; cependant si on eût réfléchi qu'il s'agissait d'un cordonnier d'une faible constitution, et habitant sans doute un lieu bas, humide, ne s'en serait-on pas tenu à un traitement antiphlogistique purement local et le moins débilitant possible? Les accès fébriles, d'abord un peu amendés par la saignée, ne tardèrent pas à se montrer plus intenses qu'auparavant et accompagnés de phénomènes nerveux assez remarquables. On fit, comme il arrive trop souvent, *la médecine des symptômes*, et l'on attaqua ceux-ci

par une application de sangsues au cou. L'état du malade ne fut pas amélioré, et les accès revinrent comme auparavant. On eut recours à l'ingestion du sulfate de quinine ; mais le ventre était encore douloureux ; il eût fallu ne l'administrer qu'en frictions et en lavements. Les accès continuèrent, et ce fut durant le frisson de l'un d'eux que le malade succomba. L'autopsie fit voir des lésions assez remarquables dans l'estomac, le foie et la rate. Le cas dont il s'agit était sans doute difficile ; mais n'est-il pas à regretter qu'on n'ait pas essayé tout de suite des applications de sangsues sur la région épigastrique et les hypocondres avant même la saignée, dont on eût pu se passer, et surtout avant d'en venir à l'ingestion du sulfate de quinine ? Les frictions irritantes sur les membres et les révulsifs externes les plus énergiques n'étaient-ils pas indiqués, en même temps que l'emploi du sulfate de quinine selon la méthode endermique ? Cette observation prouve qu'il ne suffit pas d'employer les matériaux d'un bon traitement pour remplir toutes les indications thérapeutiques, il faut encore que ces matériaux soient employés quand il convient et comme il convient, c'est-à-dire avec promptitude, méthode et énergie. C'est là positivement qu'est toute la difficulté de l'art de guérir ; et il ne faut rien moins qu'une attention vive et soutenue dans l'investigation des organes malades pour la surmonter avec succès, ou du moins pour arriver le plus près possible du véritable but, alors qu'il n'est pas donné de l'atteindre.

Cette troisième et dernière observation (nº 158) se ressent, comme la première, de l'époque où elle a été recueillie. Comme dans celle-ci, l'on se contente pendant long temps de noter quelques différences insignifiantes dans le nombre, dans le plus ou moins d'intensité de la plupart des symptômes qui constituent les accès de la *fièvre muqueuse essentielle*. L'on se borne, pour tout traitement, à prescrire quelques infusions de genièvre avec addition d'acétate de potasse, ou quelque autre infusion amère mêlée de vin d'absinthe ; ce n'est qu'au *vingt-sixième* accès qu'on se décide à donner des bols préparés avec le quinquina et le fer, ce qui n'*empêcha* pas (dit-on avec ingénuité et bonne foi), ce qui n'empêcha pas la diarrhée de continuer à être aussi forte qu'auparavant ! Et plus tard quand, par un bénéfice de la nature, cette pauvre diarrhée venait à cesser, on cherchait à la rappeler par l'usage de la rhubarbe en poudre. Enfin l'on a continué le vin d'absinthe jusqu'au bout, avec une constance qui en indi-

quait une aussi, et bien puissante, du côté de la nature, pour contre-balancer l'influence nuisible d'un pareil traitement; puisqu'on a laissé marcher ainsi, pendant *quarante jours*, une fièvre dont les accès étaient caractérisés par la céphalalgie, langue chargée, gonflement de l'épigastre, coliques et sensibilité de l'abdomen, avec selles muqueuses ou en diarrhée! Ne serait-ce pas ici le cas de se demander avec Boeerhaave, *s'il ne serait pas plus avantageux quelquefois qu'il n'y eût point de médecins dans le monde?* quand, dans un hôpital où l'on voit les malades tous les jours, on peut laisser marcher une fièvre d'accès avec une diarrhée et des coliques, pendant quarante jours, et garder *cinquante* jours un individu pour le torréfier avec du vin d'absinthe, puis le renvoyer malade encore et plus faible qu'auparavant!!

Comme dans les premiers faits que nous avons rapportés de M. Chauffard, nous voyons, sous le nº 459 recueilli par M. Maillot à Alger, une fièvre continue gastrique ou gastro-céphalique, qui passe rapidement de la continuité à l'intermittence. Une saignée et une application de sangsues ont suffi pour opérer ce changement de type, et pour amener, dès le lendemain, l'apyrexie la plus complète. Dira-t-on, comme M. Maillot, que *ce n'était pas là la marche d'une affection continue?* Sans doute, si on eût laissé livrée à elle-même cette fièvre, elle serait restée continue, et sa marche eût été plus ou moins rapide jusqu'à l'épuisement de la vitalité, ou au manque de réaction vitale annoncé par la mort du malade. Mais la fièvre continue étant devenue intermittente sous l'influence des évacuations sanguines, et par l'amendement très marqué, sinon la disparition complète de la gastro-entérite, *on devait*, ajoute le même praticien, *s'attendre* à un accès, soit pour le jour même, soit pour le lendemain; *l'indication était précise:* on administre donc le sulfate de quinine, dans le but de prévenir le retour des accidents observés la veille. Mais remarquons bien qu'on avait d'abord affaire à une fièvre continue; et de ce qu'elle avait disparu par un traitement antiphlogistique à la fois méthodique et très énergique, ce n'était pas, selon nous, une raison pour que cette fièvre (qui n'était pas *essentielle*, mais qui, d'après M. Maillot lui-même, dépendait d'une gastro-céphalite aiguë) dût revenir dans un temps donné, si l'on avait continué avec méthode le même traitement. Au lieu de cela, que fit-on? Sous prétexte qu'il s'agissait d'une fièvre qui, dans le principe, avait caché sa bonne et véritable allure,

on crut que l'indication du sulfate de quinine était *précise*, et on l'administra par la bouche, à la dose de vingt-quatre grains en deux doses, à deux heures d'intervalle. Qu'arriva-t-il? Il y avait à peine une heure que le malade venait d'avaler la dernière dose du médicament, que la fièvre reparut plus intense qu'auparavant, devint *comateuse*, *soporeuse*, et si pernicieuse qu'elle emporta le malade en quelques heures! Comment qu'on envisage ce fait, une mort si rapide doit fournir matière à de sérieuses réflexions. M. Maillot, en médecin physiologiste, croit, comme nous, que ce n'est pas la fièvre pernicieuse essentielle, mais bien *une forte et brusque congestion sur le cerveau qui a tué son malade*. « La mort est arrivée, dit-il, comme dans les fièvres pernicieuses comateuses, *à marche franchement intermittente*; et, comme dans ces dernières, nous rencontrons à l'autopsie cadavérique une vive injection des membranes et de la substance du cerveau, de la sérosité sanguinolente dans les ventricules, une injection non moins manifeste de la moelle épinière et de ses enveloppes; enfin, pour compléter la similitude, nous retrouvons *une rougeur vermeille pointillée sur une membrane muqueuse malade depuis long-temps*. »

Mettons à part le prestige de l'intermittence et de la marche franche ou trompeuse de la fièvre, qui parut en imposer à la sagacité habituelle de M. Maillot, ce praticien distingué reconnut de prime-abord une gastro-céphalite aiguë. La saignée et les sangsues enlevèrent la fièvre symptomatique qui accompagnait cette inflammation; mais dans le cas peu probable où celle-ci eût été enlevée entièrement aussi, ne pouvait-on pas penser que la muqueuse digestive (dans la supposition encore qu'il n'y ait eu aucun indice sur le vivant de la gastro-entérite chronique que portait le malade) conserverait une sensibilité assez vive pour qu'il y eût quelque danger de la mettre en rapport avec un médicament aussi actif et aussi irritant que le sulfate de quinine? En effet, celui-ci n'eut pas plus tôt produit son action ordinaire, que l'exacerbation aiguë de la gastro-entérite produisit la sienne, c'est-à-dire qu'elle porta rapidement des influences sympathiques du côté du cerveau et de ses dépendances; de là cette *conjection forte et brusque qui tua le malade*. Par les évacuations sanguines, l'état aigu de la gastro-entérite avait été dissipé; de là l'apyrexie complète, ou cette absence de fièvre assez ordinaire dans beaucoup de gastro-entérites chroniques qui dé-

cèlent difficilement leur présence, ou qui l'annoncent par tout autre symptôme que par la fièvre. Si l'on eût continué un traitement purement antiphlogistique, et si, en supposant réelle l'indication du sel de quinine, on ne l'eût ingéré qu'en lavements ou selon la méthode endermique, n'est-il pas présumable que, rien n'ayant provoqué l'exacerbation aiguë de la gastro-entérite, la congestion cérébrale eût été prévenue ainsi que la mort du malade? En effet, tout rentrant alors dans le cas d'une inflammation chronique ordinaire de la muqueuse digestive, n'aurait-on pas eu le temps de la combattre peu à peu et méthodiquement, comme le célèbre professeur du Val-de-Grâce nous a appris qu'on pouvait le faire avec succès quand on y mettait, comme lui, le zèle, la persévérance, et cette activité prudente qui consiste à ménager les forces du malade, tout en ne laissant aucun relâche à la gastro-entérite?

Le fait sous le nº 460 nous présente un jeune homme d'une forte constitution qui était atteint depuis quelques jours d'une fièvre intermittente quotidienne, appelée simple ou bénigne par M. Maillot, et qu'on eût qualifiée autrefois de fièvre intermittente bilieuse gastrique, à cause de l'état de la langue rouge à ses extrémités et couverte, dans ses deux tiers postérieurs, d'un enduit blanchâtre. De simple ou gastrique, la fièvre devint pernicieuse, en ce sens que ses accès furent accompagnés de délire; de là, d'après M. Alibert, une pernicieuse délirante essentielle; et M. Maillot, pour se conformer à l'usage, lui donne le même nom, bien qu'il reconnaisse chez son malade une lésion quelconque de la muqueuse digestive, aussi bien qu'une irritation cérébro-spinale; aussi commence-t-il le traitement par une saignée du bras et une application de quarante sangsues à l'épigastre. Sous l'influence de cette déplétion sanguine il se fait, dit-il, une réaction plus franche, avec accélération et dureté du pouls, avec chaleur à la peau; mais le délire augmente. Pourquoi? Pourquoi aussi cette *accélération*, cette *dureté* du pouls? pourquoi cette *chaleur de la peau*? C'est parce que le malade vient d'avaler vingt-quatre grains de sulfate de quinine en potion. Le bien produit par les évacuations sanguines, par la diète et la limonade, ne fut-il pas aussitôt détruit par la prompte administration de ce médicament? On prescrit une saignée du pied (de vingt-cinq onces), double en quantité de la précédente; cette évacuation sanguine est encore suivie d'un très bon effet, puis-

qu'une sueur générale très abondante s'établit, et pendant laquelle on a le malheur de faire avaler encore au malade vingt-quatre grains de sulfate de quinine. Dès lors plus d'amélioration; dès lors persistance du délire, céphalalgie, peau froide, etc. Quatre vésicatoires sont appliqués aux jambes, et vingt-quatre autres grains de sulfate sont encore administrés et suivis immédiatement de la mort du malade. Voilà certes une leçon clinique fort éloquente, et qui suffirait pour faire proscrire le médicament dont il s'agit, si M. Maillot, dans beaucoup d'autres circonstances, n'en maniait l'emploi plus méthodiquement et plus heureusement! Comme ce praticien, nous pensons que *le raptus violent qui s'est opéré sur le cerveau, s'est annoncé par le délire.* Oui, nul doute à cet égard; comme aussi il n'y a pas de doute que la rougeur pointillée de la muqueuse digestive ne soit le résultat d'une exacerbation aiguë de la gastro entérite chronique que portait ce malade, exacerbation produite et récidivée trois fois de suite par trois ingestions de vingt-quatre grains chaque de sulfate de quinine, exacerbation dont la première a provoqué un délire plus ou moins prononcé, ou une irritation d'abord sympathique du cerveau et de ses membranes; irritation sympathique qui, à la seconde ou à la troisième impulsion reçue de l'estomac, est devenue idiopathique, c'est-à-dire avec injection des méninges, avec congestion de la pulpe cérébrale, et épanchement séro-sanguinolent dans les ventricules, qui ont causé la mort du malade.

« En considérant les adhérences de la plèvre et celles du péritoine, la couleur et le ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac, le développement des follicules isolés et les plaques pointillées de l'intestin grêle, on ne peut pas douter, dit M. Maillot, que cet homme n'ait eu, à une époque plus ou moins reculée, plusieurs affections graves, entre autres une fièvre typhoïde. » Il n'est pas nécessaire, selon nous, d'avoir d'*affection si grave*, ni de *fièvre typhoïde*, pour présenter les lésions organiques dont il s'agit, qui ne sont que les traces très fréquentes d'une gastro-entérite chronique ordinaire, et d'une subinflammation ou d'une irritation propagée aux follicules muqueux ou au système blanc, lymphatico-sécrétoire et glandulaire de la muqueuse intestinale. Porteur de cette inflammation chronique et de cette subinflammation de la muqueuse digestive, ce soldat s'est trouvé soumis aux influences de l'épidémie régnante, qu'il

a dû, par cette raison, et mieux qu'un autre, ressentir. Ces causes épidémiques ont fait en petit ce que plus tard le sulfate de quinine a produit plus en grand ; c'est-à-dire que sous l'influence de causes épidémiques ou miasmatiques quelconques, ou seulement de quelques erreurs de régime, se sont développées des exacerbations aiguës de la gastro-entérite chronique, annoncées par la céphalalgie, les frissons, l'accablement général, le mauvais état de la langue, etc., qui constituaient les accès fébriles quotidiens, ou la fièvre intermittente, appelée d'abord simple, bénigne. Par la répétition des accès, la céphalalgie, d'abord sympathique, a été poussée assez loin pour provoquer le délire ; comme l'influence sympathique sur les méninges et la moelle, qui se bornait dans le principe à des frissons et à l'accablement général, a été plus tard poussée assez loin pour provoquer les mouvements convulsifs, les grincements de dents, puis l'agitation générale, la carphologie, etc. Nous avons dit le reste.

Le fait sous le n° 461, également recueilli à Alger par M. Maillot, nous donne une idée très exacte, comme les nos 445, 446, 447, 448 et 449, des fièvres intermittentes qu'on nommait autrefois et que quelques médecins appellent encore aujourd'hui *simples*, par la raison que, dans le principe ou pendant les premiers accès, on n'aperçoit point de trouble de fonctions assez saillant pour fixer la lésion de tel ou tel organe comme motrice des accès fébriles. Il est vrai que, dans le fait dont il s'agit, cette lésion ne tarda pas à se déclarer, et dès le troisième accès, le malade offrit des symptômes qui firent reconnaître une gastro-entérite, tels que rougeur des bords de la langue, acération de sa pointe, vomissements, chaleur âcre de la peau, principalement aux parois abdominales. Une saignée générale ayant déjà été pratiquée à cause de la céphalalgie, on applique cinquante sangsues à l'épigastre. Cette saignée locale est suivie immédiatement de l'ingestion de vingt grains de sulfate de quinine : aussi tout le bien que pouvaient produire les sangsues se trouve-t-il arrêté ou paralysé. On revient aux applications de sangsues sur la même région ; il en résulte encore une légère amélioration, mais quarante-huit grains de sulfate de quinine, donnés coup sur coup et dans les vingt-quatre heures, ramènent des signes de gastro-entérite aussi prononcés que la veille. On revient encore, pour la troisième fois, à une application de quarante sangsues à l'épigastre, c'est-à-dire qu'on épuise les forces du malade, qu'on

prodigue inutilement le reste de sang et de vie dont la nature avait besoin pour réagir à son tour contre le mal ; tandis que, d'autre part, par des prescriptions répétées, exorbitantes et abusives de sulfate de quinine, on entretient et on excite le foyer principal de l'irritation morbide, dont les influences sur les principaux viscères se font sentir d'une manière de plus en plus évidente et pernicieuse. Dès lors la fièvre, qui déjà avait passé au type rémittent, et dont les paroxysmes étaient accompagnés d'un délire furieux, devient continue avec un état délirant qui persiste jusqu'à la mort, laquelle ne se fait pas attendre, attendu qu'on ne cesse point de faire avaler au malade le sulfate de quinine à haute dose. Cet exemple est pour le moins aussi frappant et aussi instructif que les précédents. Ce qui est surtout remarquable et presque incroyable, c'est cette persistance avec laquelle on continue de faire avaler du sulfate de quinine jusqu'à ce que la mort ferme la bouche du malade ! On est obligé de se reporter, avec M. Bailly, à l'hôpital du Saint-Esprit de Rome, pour trouver quelque analogie à cette profusion de fébrifuge qui, loin de chasser des fièvres essentielles intermittentes, ou des gastro-entérites rémittentes, ne chasse, comme dans les exemples rapportés par M. Bailly, que la vie des malades.

En prescrivant à la fois cinquante sangsues sur l'estomac et vingt ou vingt-quatre grains de sulfate de quinine dans l'estomac, M. Maillot nous dit que cette médication, si opposée en apparence, *était ordonnée*, parce qu'il arrive souvent que le type de la fièvre varie ; que de tierce, par exemple, il se transforme en quotidien : *il faut*, assure-t-il, *toujours agir dans la prévision de cette mutation.* Mais faut-il donc, dans l'attente d'un accès incertain, provoquer un mal certain ? Le premier, le plus sacré de tous les préceptes en médecine, n'est-il pas de ne jamais nuire ? Et dès que la fièvre n'est plus que rémittente, dès qu'elle est continue, pourquoi toujours des doses croissantes de sulfate de quinine? En considérant, ajoute M. Maillot, que les *signes de gastro-entérite étaient très prononcés* quand on a prescrit la première fois le sulfate de quinine, et qu'ils ont *augmenté d'intensité à mesure* pour ainsi dire qu'on a *renouvelé* l'administration de ce médicament, on sera tenté d'*accuser* la médication qui a été suivie, d'*avoir donné la mort*. J'avoue que cette thèse est spécieuse, mais elle tombe devant les faits ; elle ne peut se soutenir quand on sait que c'est ici une exception, et que, dans

la presque universalité des cas, le traitement, si infructueux dans cette maladie, fait avorter en quelques heures de semblables affections. »

En désapprouvant la médication suivie chez les malades dont il s'agit, nous avons dû faire connaître les raisons qui ont pu porter M. Maillot à l'adopter. Le lecteur saura les apprécier à leur juste valeur. Quoi qu'il en soit, nous devons unanimement remercier cet estimable praticien de nous avoir fait connaître ses insuccès aussi bien que ses guérisons; parce que, s'il ne nous eût fait part que de celles-ci en nous taisant ceux-là, nous aurions pu être tenté, au risque et péril de la vie de nos malades, d'essayer un genre de médication toujours suivi de succès, quoique si dangereux, et l'on pourrait dire si peu méthodique et si peu rationnel.

Le dernier fait que nous avons emprunté à M. Maillot, sous le nº 462, fournirait matière aux mêmes réflexions et aux mêmes conclusions que les trois précédents. Il s'agit d'une fièvre quotidienne, qu'on aurait appelée jadis fièvre bilieuse ou gastrique, parce qu'elle présente dès son début quelques symptômes gastriques, tels que soif, chaleur et sécheresse de la peau, langue couverte d'un enduit jaunâtre, etc. On commence également à combattre cette fièvre, comme on l'eût fait autrefois, par une évacuation. Heureusement celle-ci est légère et se borne à provoquer deux ou trois selles. Il survient un léger accès suivi d'une apyrexie complète dont on profite avec raison pour administrer douze grains de sulfate de quinine. Les accès cessent de revenir pendant quelques jours. Puis, au moment où la convalescence paraît se déclarer, et qu'on permet des aliments, les accès fébriles reviennent avec des symptômes d'irritation gastrique assez prononcés. Était-ce le cas de s'en tenir à une médecine expectante, comme on le fit du huitième au douzième jour? Ce qu'il y a de certain, c'est que, pendant ce temps et par la répétition des accès, l'irritation gastro-céphalique dut acquérir plus d'intensité et faire des progrès très sensibles. On fit ensuite une médecine de symptômes en portant force sangsues partout où se faisaient sentir quelques douleurs. On mit, dans ce cas, une réserve louable dans l'administration du sulfate de quinine; mais quelle prodigalité inouïe d'évacuations sanguines! Ce fait, comme tant d'autres, nous prouve qu'il ne suffit pas d'employer coup sur coup, et d'épuiser à la fois tous les matériaux d'un bon traite-

ment : le grand point, c'est de les distribuer avec méthode, tantôt avec activité, tantôt avec réserve, et sans jamais perdre de vue que, dans les cas où l'on peut présumer quelques lésions chroniques, il ne faut jamais brusquer le traitement ; il faut ménager le sang et les forces des malades, parce que la nature en a besoin pour réagir, pour travailler efficacement à rétablir l'équilibre, et pour réparer des lésions organiques quelconques ; elle a besoin, disons-nous, de faire à son tour une dépense de forces et de vitalité, d'employer des matériaux alibiles qui, n'étant pas reproduits de sitôt, ont besoin d'être ménagés avec une prudente réserve, tandis qu'il est très convenable d'insister sur les moyens révulsifs externes les plus énergiques et les mieux adaptés aux circonstances.

Le n° 463 nous semble confirmer les réflexions que nous venons de faire, et que nous avions déjà faites sous le n° 457. M. Dance, de qui nous empruntons le fait dont il s'agit, en rapporte (1) plusieurs autres, à peu près semblables, de fièvres graves, (continues et rémittentes), contre lesquelles on ne prodigua pas seulement la saignée générale, mais encore les applications de sangsues. Elles se terminèrent par la mort, qui fit reconnaître des lésions plus ou moins remarquables dans le canal digestif. Nous avons fait choix de celle-ci, parce qu'elle offrait des rémissions périodiques assez sensibles pendant une grande partie de la journée, et des exacerbations très marquées vers le soir. Chez ce malade, deux saignées et six fortes applications de sangsues au cou, à l'anus, sur la région épigastrique, ont été pratiquées en moins de sept jours. Ne semble-t-il pas au premier abord qu'on ait réellement épuisé sans fruit toutes les ressources qu'on peut trouver dans le traitement antiphlogistique ? Cependant le malade succomba, et l'autopsie fit voir la surface interne de l'estomac d'un gris ardoisé, çà et là ponctuée en rouge, et des altérations plus ou moins étendues et profondes sur la fin des intestins grêles et dans la partie correspondante du mésentère.

Tous ces faits nous semblent prouver d'une manière indubitable que ce n'est pas assez, comme nous l'avons déjà dit, d'employer tous les matériaux d'un bon traitement ; le point essentiel consiste d'en user à propos, sans prodigalité comme sans parcimonie, c'est-à-dire avec sagacité et avec méthode. Nous sommes

(1) *Archives gén. de méd.*, 1830.

sous ce rapport parfaitement de l'avis de M. Dance, et nous croyons que plusieurs des malades dont il trace l'histoire *n'eussent pas succombé si les déperditions sanguines eussent été moins abondantes et faites plus à propos.* Mais nous ne pouvons partager entièrement l'opinion qu'il émet à cet égard dans le passage suivant : « Le pouls s'accélère et se rapetisse de jour en jour ; le malade est dans la somnolence, agité depuis plusieurs jours par des mouvements convulsifs, et l'on applique encore des sangsues, et l'on pratique encore des saignées ! Non ! non ! ce délire, quel qu'il soit, n'est plus alors de nature à céder à la soustraction du sang ; le système nerveux a été frappé d'une atteinte autre que celle qui résulte d'une simple congestion sanguine dans la masse cérébrale ; il semble que l'innervation s'est épuisée en agitations, en mouvements désordonnés, etc. » Il nous paraît qu'ici la sagacité naturelle de M. Dance ne le met point assez à l'abri de la contagion relative à la nervosité. Sans doute il y a dans notre esprit un besoin d'investigation qui ne s'arrête que quand il trouve à peu près la raison de ce qu'il observe ; mais combien de fois, au lieu de rester quelque temps dans un doute rationnel, ne se jette-t-on pas aventureusement dans la première hypothèse qui s'offre pour se tirer d'embarras ! N'y a-t-il pas aujourd'hui une sorte de contradiction frappante dans cette tendance qu'ont plusieurs médecins de rechercher, de décrire avec soin, de faire colorier même, tant d'altérations organiques suite de maladies, de prendre aussi la dénomination d'*anatomico-pathologistes*, et puis après cela de se jeter à corps perdu dans toutes les abstractions de la nervosité ? On ouvre des cadavres, et l'on ne croit à rien de ce que l'on voit, de ce qu'ils nous présentent, ou du moins on n'en fait que peu ou point de cas ! On trouve des traces manifestes d'irritation sanguine, de subinflammation, ou d'irritation sécrétoire et lymphatico-glandulaire ; on dit même que c'est là le *caractère anatomique* de la maladie ; et puis, quand il s'agit de se rendre compte des phénomènes fébriles, délirants, ataxiques, etc., qui caractérisent certaines maladies, les fièvres typhoïdes par exemple, on ne veut plus s'en prendre qu'à une *atteinte particulière du système nerveux*, à un *épuisement de l'innervation* ! On ne conteste point que des lésions locales quelconques, externes ou internes, puissent manifester leur existence par le trouble des fonctions de plusieurs organes qui ne sont affectés que sympathi-

quement, c'est-à-dire par le moyen du système nerveux; mais ce système joue-t-il ici d'autre rôle que celui d'entretenir cette espèce de *consensus* reconnu par les anciens entre tous les organes de l'économie, et particulièrement entre les principaux viscères? Ne se borne-t-il point à être en quelque sorte le messager des sympathies morbides, ou des influences plus ou moins marquées. plus ou moins étendues, de chaque organe malade avec ceux qui ne le sont point? Il nous paraît que cette *débilité nerveuse*, cette *faiblesse de l'innervation*, à laquelle MM. Chomel, Louis, Récamier, etc., veulent faire jouer un si grand rôle dans leurs *fièvres graves ou typhoïdes*, n'est qu'un renouvellement, fort peu convenable aujourd'hui, de la *faiblesse nerveuse* ou de la *névrosthénie* de Giannini. Dans la nouvelle doctrine médicale italienne, cette névrosthénie paraît même entièrement abandonnée pour les fièvres continues, et si MM. Tommasini, Rolando, etc., y tiennent encore, ce n'est guère que pour quelques fièvres intermittentes, parce qu'à leurs yeux il y a, dans ce type de l'intermittence, un prestige tel qu'il ne leur laisse voir aucun rapport, aucune analogie entre les fièvres intermittentes et les fièvres continues. Mais en France, où ce prestige est en grande partie dissipé, conçoit-on qu'on veuille encore faire jouer un si grand rôle à la *faiblesse nerveuse* dans le développement des fièvres graves? Ne semble-t-il pas que, pour plusieurs de nos écrivains modernes, ce mot ait remplacé celui d'*essentiel?* Qu'aurons-nous gagné à combattre l'*essentialité* des fièvres si l'on met à sa place *l'épuisement ou la faiblesse de l'innervation?*

Revenons à l'observation de M. Dance : « Non, dit-il, ce délire, quel qu'il soit, n'est *plus de nature* à céder à la soustraction du sang! » Peut-on croire que la *nature* de ce délire ait changé pendant les six ou sept jours qu'a duré cette fièvre depuis l'entrée du malade à l'hôpital? Ce délire serait-il devenu *nerveux* après la première ou deuxième saignée, après la troisième ou quatrième application de sangsues? Rien de tout cela ne peut être soutenu. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-quatre ans, d'un tempérament sanguin et d'une forte constitution, et par conséquent point du tout disposé à ce qu'on appelle une *faiblesse nerveuse*, un *délire nerveux*. Il s'agissait d'un tailleur, et les hommes de cet état sont enclins aux excès. L'invasion de sa maladie datait probablement de plus loin que n'ont coutume de l'avouer les malades reçus dans les hospices, dans la

crainte d'être trouvés en défaut. Trois ou quatre jours avant son entrée à l'hôpital, l'individu dont il s'agit avait encore pris plusieurs fois du vin chaud ; cette boisson avait été rejetée ; enfin il avait alors du dévoiement, une chaleur brûlante à la peau, une soif vive, une rougeur intense des bords de la langue, etc. N'était-ce pas assez pour faire penser que la fièvre grave, reconnue chez ce malade, était due à une gastro-entérite ? Les premières applications de sangsues, quoique mesquines, furent très utiles, puisqu'elles amenèrent une rémission très sensible de la fièvre. Si l'on avait donné plus d'attention à la périodicité assez marquée des rémissions et des redoublements fébriles, peut-être aurait-on essayé le sulfate de quinine en frictions ou en lavements. Quoi qu'il en soit, nous croyons que ce médicament n'était point indispensable à la guérison du malade, et qu'on eût pu l'obtenir uniquement par un traitement antiphlogistique plus méthodique et combiné avec quelques moyens révulsifs externes. Cette observation, comme bien d'autres, nous semble fournir la preuve qu'en général on ne s'assure point assez auprès des amis ou des parents des malades, par des questions détaillées et plusieurs fois répétées, de l'époque à laquelle remontent les premières atteintes de la maladie. Comme il s'agit d'une affection qui débute ordinairement par des malaises vagues, de la faiblesse et de l'inappétence, la constipation ou le dévoiement, sans douleur si ce n'est quelques courbatures et quelques légères coliques ; il y a d'ailleurs des intervalles de mieux très sensibles, qui portent à attendre plusieurs jours, et souvent à essayer des moyens nuisibles avant d'invoquer les secours de l'art ; et puis, quand on prend ce parti, jamais on ne tient compte auprès du médecin que des derniers redoublements fébriles ou morbides qui ont forcé de se rendre à l'hôpital. Le malade ne s'enquiert nullement de faire connaître quels ont été ses premiers malaises, ni la date précise de son indisposition. Cependant, si le praticien ne s'assure pas de cette circonstance, très importante puisqu'elle doit servir à porter un diagnostic plus sûr, à faire présumer que déjà il peut y avoir chez le malade quelque lésion organique profonde ; et, si l'on ne fait remonter l'invasion de la *fièvre grave* qu'à trois ou quatre jours, tandis qu'il eût fallu compter trois ou quatre semaines, qu'arrive-t-il? qu'on se hâte de la combattre comme une affection aiguë qu'il s'agit de faire avorter, et l'on commet une grave erreur. On ne fait avorter que les

ressources de la nature ; on épuise à coups rapides et redoublés les forces du patient, sans lui ôter sa maladie. Il fallait à celle-ci un temps plus ou moins long pour se terminer avantageusement, soit seule, soit aidée par le secours de l'art ; il fallait que des glandes et des plaques fongueuses eussent le temps et les moyens de se dégorger, les indurations ou les ramollissements, les boursouflements ou les ulcérations de la muqueuse gastro-intestinale le temps et les moyens de se dissiper, de se résoudre, de se cicatriser, pour rendre cette membrane à son état normal. Pour toutes ces opérations il fallait de la part de l'économie une réaction répétée et soutenue ; il fallait un déploiement graduel et mesuré d'activité, de résistance et d'action. Hé bien! c'est dans un instant si critique qu'on lui ravit ses forces! qu'on paralyse son énergie ! Enfin on la réduit au néant par une brusquerie et une répétition non interrompue d'émissions sanguines locales et générales, par une prodigalité de sang d'autant plus nuisible et irréparable, que les organes digestifs, étant eux-mêmes le siége des lésions plus ou moins profondes dont il s'agit, ne devaient et ne pouvaient pas de long-temps encore travailler à le réparer par de bonnes digestions. Ce qui rend difficile et trop souvent infructueux le traitement des fièvres typhoïdes, c'est qu'il y a deux écueils également grands à éviter, et qu'il est bien difficile de se tenir dans ce juste-milieu qui seul peut conduire sûrement à la guérison. Il n'est pas rare que le zèle, qu'on met à éviter un excès, fasse tomber dans l'excès contraire ; ou bien, en usant tout-à-coup fort mal d'un bon moyen, on l'abandonne trop vite et pour toujours, tandis qu'il n'eût fallu y avoir recours qu'à l'époque où l'on se décide à y renoncer ou à lui substituer un moyen entièrement opposé.

Dans plusieurs exemples d'irritations folliculeuses ou de sub-inflammations entéro-mésentériques avec symptômes fébriles graves, nous avons pu nous convaincre que les saignées générales étaient presque toujours nuisibles. Quant aux applications de sangsues au cou pour combattre le délire ou la stupeur, elles sont encore pour le moins inutiles, si elles ne sont pas nuisibles. Quand on est obligé d'avoir recours à plusieurs applications de sangsues, il faut les faire placer alternativement à l'anus et à la région iléo-cœcale, en mettant constamment un certain intervalle de temps entre ces applications. Pendant ce temps, il importe beaucoup de donner la plus grande activité possible

aux fonctions cutanées, d'abord par des frictions humides et chaudes, ensuite par des frictions sèches, exercées matin et soir sur toute la surface du corps. Ce moyen est d'un puissant secours pour faire diversion à l'irritation lymphatico-sécrétoire de la muqueuse intestinale, et il n'a pas l'inconvénient d'occasionner de la douleur et d'augmenter l'irritation sympathique du système cérébro-spinal, comme le font bien souvent les vésicatoires, surtout quand ils sont employés trop tôt. Les frictions à la surface de l'abdomen avec la pommade stibiée nous ont paru également très utiles dans certains cas où il est nécessaire de révulser très fortement à l'extérieur l'irritation folliculeuse ou subinflammatoire.

Pendant un séjour de plusieurs mois que nous avons fait à Paris en 1830, nous avons observé pendant les mois de novembre et de décembre (rues Pavée-Saint-André-des-Arts et des Boucheries), plusieurs exemples assez remarquables de l'affection dont il s'agit (fièvres continues ou rémittentes typhoïdes), entre autres chez trois commissionnaires de la Savoie, âgés de vingt-huit à trente ans, et chez une jeune femme du même pays ; tous n'habitaient Paris que depuis cinq ou six semaines. Depuis leur arrivée dans cette ville, livrés à toutes sortes de fatigues, exposés aux intempéries atmosphériques, se nourrissant de fruits de qualités très inférieures, de viandes salées, de harengs saurs, de fritures, etc., buvant alternativement beaucoup d'eau pour apaiser une soif presque continuelle, et quelques verrées d'eau-de-vie pour se ranimer quand ils se sentaient faibles et fatigués, ils ne tardèrent pas à tomber malades. A un appétit insatiable succéda d'abord l'inappétence qu'ils essayèrent de vaincre en prenant des aliments de haut goût, en mettant force oignons dans leur friture, en mangeant beaucoup de salade, etc. Bientôt il leur survint des frissonnements vagues, un sentiment de lassitude, de fatigue et de faiblesse générales ; pesanteur de tête, renvois fréquents, coliques, borborygmes et dévoiement ; puis abattement, inquiétudes sur leur position, regrets de ne pouvoir travailler ; chez la jeune femme, nostalgie, soucis d'un enfant qu'elle venait de sevrer et qu'elle avait laissé dans son pays ; chez tous, espèce de somnolence et de stupeur pendant le jour ; insomnies, agitations et rêvasseries durant la nuit. Chez deux de ces commissionnaires il était survenu à peu près en même temps et au début de leur maladie, une grande quantité

de petits furoncles. Chez l'un, ces furoncles attaignirent rapidement leur développement, surtout le long du dos et à la partie supérieure des cuisses, où plusieurs fournirent une suppuration abondante. Aussi chez ce malade, le dévoiement cessa-t-il bientôt ainsi que le trouble des fonctions digestives, locomotrices et intellectuelles. Chez le second, au contraire, les furoncles n'eurent pas plus tôt fait une apparition qu'ils disparurent. Dès lors, augmentation du malaise et de la faiblesse générale; il se sent de plus en plus engourdi et courbaturé; il reste comme stupide et immobile à la même place; quand il essaie de sortir du lit pour se promener, il éprouve des frissonnements qui parcourent rapidement toute la surface de son corps, et il se sent tellement las et anéanti, qu'il est obligé de se mettre au lit où il reste comme blotti des journées entières sans éprouver d'autres besoins que de boire de l'eau et d'aller de temps à autre sur selle, toujours en dévoiement. La nuit, grande chaleur, agitation et délire; somnolences et rêvasseries durant le jour; stupeur, prostration des forces, pouls fréquent et dur, langue rouge et encroûtée à sa base, ptyalisme fréquent, épigastre douloureux à la pression. Ayant observé de nouveau le malade à cette époque, je fis appliquer tout de suite sur cette région vingt-cinq sangsues qui fournirent une quantité prodigieuse de sang, à l'aide d'un large cataplasme émollient appliqué immédiatement après la chute des sangsues, dont quelques piqûres fournissaient encore du sang vingt-quatre heures après leur application; diète, boissons délayantes, lavements adoucissants, frictions, d'abord chaudes et humides, puis sèches avec la main ou un morceau de flanelle, sur toute la surface du tronc et des membres, pour stimuler l'action de la peau qui est malpropre, sèche et brûlante. Par ces moyens, tous les symptômes généraux ou sympathiques s'amendèrent assez rapidement; les coliques, le dévoiement cessèrent et la convalescence ne tarda point à se manifester. Chez un autre malade traité de la même manière, et de plus par une seconde, une troisième application de sangsues sur la région iléo cœcale, nous n'obtînmes un amendement complet et soutenu des phénomènes nerveux, fébriles ou sympathiques, qu'au moyen des frictions avec la pommade stibiée qui amenèrent une abondante éruption sur les lombes et sur la surface interne des cuisses.

Chez la jeune femme dont nous avons parlé, son état plétho-

rique nous décida à lui pratiquer d'abord une abondante saignée, espérant faire avorter la fièvre plus promptement; le contraire eut lieu. Il en résulta un colapsus rapide et si extraordinaire que nous n'osâmes plus avoir recours à aucune émission sanguine, même par le moyen des sangsues. Nous nous bornâmes à un régime sévère, aux boissons délayantes et acidulées, aux cataplasmes émollients sur l'abdomen et aux lavements adoucissants, donnés à de fréquents intervalles, par demi et par quart pour les faire retenir plus long-temps. La guérison se fit plus long-temps attendre que chez les autres malades. Chez tous, il y eut des redoublements fébriles le soir, mais rarement assez sensibles et assez réguliers pour constituer des fièvres rémittentes et indiquer l'emploi du quinquina ou du sulfate de quinine, excepté chez une jeune fille, bonne d'enfants dans une maison de commerce, dont les redoublements fébriles et périodiques devinrent si marqués que nous lui prescrivîmes douze grains de sulfate de quinine, qu'elle prit en deux jours, délayés dans une tasse de sa boisson ordinaire. Du reste ces quatre malades présentèrent la plupart des symptômes auxquels on reconnaît soit la *fièvre muqueuse ataxo-adynamique*, soit l'entérite folliculeuse, soit la *fièvre typhoïde*. Il est probable qu'à défaut de traitement, et surtout par suite d'une stimulation quelconque, ces malades eussent succombé et qu'on eût trouvé dans leurs organes digestifs, particulièrement sur la fin de l'iléon, les lésions qui forment, dit-on, le *caractère anatomique de la fièvre typhoïde*. Plusieurs des faits que nous venons de rapporter nous ont fait connaître les lésions dont il s'agit: ce sont toujours à peu près les mêmes que celles observées en Italie par Baglivi, Sarcône, M. Tommasini; en Prusse, par M. Neumann; en France, d'abord par MM. Broussais, Prost, Petit et Serres, ensuite par MM. Bretonneau, Andral, Bouillaud, Louis et Dance, à la suite des maladies appelées par les premiers *fièvres pernicieuses mésentériques*, *fièvre jaune*, *fièvres pestilentielles*, par les seconds *fièvres gastro-entériques par empoisonnement miasmatique*, *fièvres entéro-mésentériques*, *fièvres ataxo-adynamiques*, *entérites folliculeuses*, *fièvres typhoïdes*, etc.

Il nous semble que, dans l'anatomie pathologique de nos jours, on fait précisément pour les altérations organiques, suite des fièvres graves (continues et rémittentes), ce qu'on faisait autrefois pour la description de leurs symptômes: on établissait

plusieurs classes à part de ces fièvres dites essentielles; on en formait une grande quantité d'espèces différentes, ingénieusement baptisées, décrites et encadrées! Aujourd'hui toutes les fièvres essentielles se bornent volontiers, même pour des professeurs de l'école de Paris, qui ne craignent plus d'entacher leur opinion de broussénisme, se bornent, disons-nous, à la fièvre typhoïde ou ataxo-adynamique; mais, par une espèce de compensation, on nous présente des formes pathologiques assez nombreuses, artistement séparées, décrites et coloriées, telles que les formes *granuleuse* et *gauffrée*, les formes *pustuleuse*, *variolique* et *fongueuse*, les *boutons furonculeux*, les formes *ulcéreuse* et *gangréneuse*, la forme *entéro-mésentérique*, la forme *pseudo-membraneuse*, etc. Ne voilà-t-il pas de quoi choisir en fait de lésions organiques, et se peut-il que cette collection anatomico-pathologique si nombreuse et si variée, dont les fièvres typhoïdes nous fournissent le modèle, soit sans conséquence pour elles-mêmes? Se peut-il qu'on ne puisse ou qu'on ne veuille pas convenir que ces lésions soient dans le cas de développer sympathiquement tous les phénomènes généraux et pernicieux qui caractérisent ces fièvres? *On ne trouve pas*, dit M. Cruveilhier, *dans ces lésions organiques, la raison suffisante de la mort du malade* (1). N'est-on pas quelque peu exigeant à cet égard? Il nous semble qu'on l'est bien moins quand il s'agit des traces franchement rouges et inflammatoires; et pourtant ne conçoit-on pas qu'une lésion très intense du système blanc, lymphatico-sécrétoire et glandulaire, quelle que soit sa teinte, blanche, jaune, brune, grisâtre, puisse amener un épuisement de forces dans l'économie, un trouble général et sympathique dans les principales fonctions, aussi bien qu'une lésion rouge et purement inflammatoire? On veut que la fièvre typhoïde, sans être essentielle à la manière des anciens, soit le résultat d'une *atteinte portée à l'innervation*! Pense-t-on faire beaucoup avancer la science par ce nouveau refuge dans l'innervation? N'est-ce pas à l'innervation ou à la nervosité qu'on eut de tout temps recours chaque fois qu'on voulut cacher son ignorance sur le siége et la nature d'une maladie quelconque? Est-ce bien ici le cas d'aller se perdre dans les hypothèses de la nervosité, quand on a des traces si matérielles, si connues et si évidemment liées à l'existence de ces fièvres dont on veut gratuite-

(1) *Anatomie pathologique*, tome I.

ment enrichir le domaine des affections nerveuses? Pour établir le divorce entre les fièvres graves ataxo-adynamiques ou typhoïdes et les gastro-entérites, les entéro-mésentérites ou entérites folliculeuses, on s'étudie à décrire séparément les phénomènes qui caractérisent ces fièvres et ceux qui sont propres aux phlegmasies dont il s'agit, afin de faire ressortir leur dissemblance! Comme s'il n'était pas reconnu par tout observateur attentif que les phénomènes locaux et généraux ou sympathiques, qui sont la suite d'une gastro-entérite ou d'une entérite folliculeuse quelconque, puissent varier du plus au moins et depuis les symptômes d'une fièvre éphémère jusqu'à ceux qui caractérisent la fièvre typhoïde la plus intense et la plus pernicieuse! Ne sait-on pas que mille circonstances relatives à l'âge, au sexe, au tempérament, au climat, à la nature des causes, etc., peuvent provoquer ces variations dans les phénomènes sympathiques ou fébriles qui sont la suite des irritations subinflammatoires, aussi bien que des phlegmasies de la muqueuse digestive? « Il est déplorable, ajoute ce professeur distingué, de voir périr tant d'individus jeunes et vigoureux par une lésion aussi circonscrite et aussi bien définie (l'entérite folliculeuse) .. Le but *idéal* de la médecine est de tendre à conserver la vie toutes les fois que les rouages principaux de l'organisme ne sont pas trop profondément altérés pour pouvoir entretenir les fonctions, et lorsqu'à l'ouverture du cadavre, nous trouvons les organes centraux en bon état, mais seulement dans un petit coin de l'économie de très petites altérations, accusons notre impuissance ou celle de l'art, et cherchons une autre méthode de traitement (1). « Mais d'où vient qu'on regarde comme des *altérations très petites* le développement presque toujours si marqué des follicules muqueux, des ulcères elliptiques, des plaques saillantes, fongueuses, rouges ou grisâtres, parfois des escarres gangréneuses, puis l'engorgement des glandes mésentériques, en un mot, toutes ces lésions si remarquables qu'on nous fait voir en peinture et qu'on regarde comme des traces d'entérite folliculeuse? D'ailleurs, n'est-il pas évident que des lésions, très limitées il est vrai, mais aussi très profondes, en supposent d'autres plus étendues, mais qui, n'attaquant que la superficie de la membrane muqueuse, n'ont pu laisser que peu ou point de traces après la mort, bien qu'elles

(1) *Id., ibid.*

aient été très aiguës et très violentes durant la vie? N'est-ce pas par cette acuité et cette violence qu'on peut se rendre raison de cet épuisement si rapide des forces de l'économie? On voit des individus succomber très promptement à des dysenteries, à des choléras qui laissent à peine des traces après la mort; cependant il y a beaucoup d'exemples dans lesquels les causes, les symptômes, la constitution atmosphérique et individuelle, ne permettent pas de douter de la nature purement inflammatoire et subinflammatoire de ces affections. Pourquoi n'en serait-il pas de même dans plusieurs cas d'entérite folliculeuse, de fièvre typhoïde, qui ne laissent que peu de traces après la mort? *Cherchons*, dites-vous, *une autre méthode de traitement;* oui, sans doute, il faut chercher une autre méthode que celle adoptée par les médecins dont le diagnostic se perd dans les hypothèses, et qui n'ont foi qu'en l'innervation! Mais nous pensons que la vraie méthode n'est plus à chercher; nous croyons qu'à cet égard la doctrine physiologique a résolu le problème et trouvé le mode de traitement le plus rationnel et le plus efficace qu'il soit possible d'employer. Toute la difficulté consiste maintenant d'en faire un usage raisonné, méthodique, et modifié suivant les cas. L'appliquer mal à propos ou à demi, pour proclamer ensuite son impuissance, y aurait-il de la bonne foi! « Le moment n'est sans doute pas éloigné, dit encore M. Cruveilhier, où le traitement de l'entérite folliculeuse sera tout aussi rationnel et aussi efficace que celui de la pneumonie. » Nous partageons entièrement cette opinion, et nous croyons que ce moment n'est plus à venir pour le professeur Broussais et les médecins physiologistes, toutes les fois qu'il leur est permis de faire une application sage, méthodique et raisonnée, des principes d'une doctrine qui, dévoilant la nature de la fièvre typhoïde ou de l'entérite folliculeuse, et faisant connaître les influences sympathiques sur les appareils circulatoire et cérébro-rachidien de l'irritation subinflammatoire et lymphatico-glandulaire de la muqueuse intestinale, saura, en combattant efficacement celle-ci, prévenir ou enrayer le développement plus grave de celles-là, puisque c'est par elles que la mort arrive.

CHAPITRE II.

DES CAUSES DES FIÈVRES RÉMITTENTES ET INTERMITTENTES, ET DU MODE D'ACTION DE CES CAUSES.

ARTICLE PREMIER.

DES CAUSES.

Pour indiquer méthodiquement tout ce qui peut produire ou seulement favoriser le développement de la fièvre intermittente, nous passerons en revue tous les modificateurs hygiéniques, en nous arrêtant sur ceux dont l'influence a été reconnue la plus constante et la plus active dans la production de cette maladie.

Circumfusa. — Variations brusques et très marquées de la constitution atmosphérique, contrastes de chaud et de froid, de sécheresse et d'humidité, non seulement à de longs intervalles, mais dans les vingt-quatre heures et du matin au soir, comme on l'observe au printemps et surtout en automne ; l'air obscur et non renouvelé, l'air chargé de vapeurs aqueuses après des pluies abondantes et répétées, ou dans des lieux sujets aux inondations, principalement l'air vicié par les effluves provenant des marais, des étangs qui se dessèchent, et en général toutes les fois que des matières végétales et animales, contenues dans les eaux stagnantes, entrent en fermentation par suite d'une chaleur plus ou moins grande.

Les émanations putrides, qui résultent de la décomposition de substances animales seules ou presque seules, comme celles des voiries, des cimetières, des amphithéâtres de dissection, des latrines, etc., peuvent aussi développer des fièvres intermittentes très graves. Il en est de même des miasmes exhalés du corps de certains malades, de la surface des plaies affectées de pourriture et de gangrène, et qu'on respire souvent dans les hôpitaux dont l'air n'est pas purifié par des fumigations et renouvelé par des vasistas convenablement disposés. Ces derniers miasmes, quoiqu'ils ne soient pas comme les premiers le résultat de la décomposition de corps privés de vie, mais seulement le produit de l'organisation vivante modifiée par la maladie, n'en sont pas moins très actifs et plus ou moins pernicieux. Toutefois il est

d'observation relativement aux fièvres intermittentes qu'elles sont plus spécialement occasionnées par les émanations provenant de la décomposition de substances végétales, tandis que les exhalaisons des matières animales corrompues développent de préférence les maladies appelées typhus, peste, fièvre jaune.

Des gaz particuliers dégagés par des procédés chimiques, les émanations particulières qui résultent du rouissage du chanvre, comme l'a observé Lancisi, celles qui se dégagent d'un sol vierge et mis en culture pour la première fois, peuvent aussi déterminer des fièvres intermittentes, comme en a été témoin M. Cassan (1). Les médecins des États-Unis ont fait cette dernière observation sur des masses d'individus occupés à défricher une étendue de terrain plus ou moins considérable. Il n'est pas rare en Sardaigne qu'au moment du labourage et quand la charrue entr'ouvre la terre, ou lorsque les premières pluies d'automne viennent la détremper après plusieurs mois d'aridité, il s'exhale des vapeurs pernicieuses et propres à développer des fièvres d'accès, surtout dans les lieux bas, et à quelque distance qu'ils soient placés des eaux stagnantes.

Applicata. — Les vêtements malpropres et surtout humides dont on reste quelque temps enveloppé, le repos et le coucher sur la terre humide, sur des corps froids et humides quelconques, les averses reçues particulièrement quand on se trouve dans un état de chaleur et de sueur, des bains froids répétés intempestivement ou par suite d'un accident, comme la chute dans l'eau froide, dont Bouffey et d'autres auteurs citent des exemples.

Gesta. — Changement soudain d'une vie très active en état sédentaire, *et vice versâ*, exercices violents et portés jusqu'à la fatigue et à la sueur, travaux prolongés surtout pendant les heures habituellement destinées au repos et au sommeil.

Percepta. — Affections de l'âme vives et pénibles, comme la crainte, la tristesse, la terreur, les chagrins concentrés; puis les passions violentes, comme la colère, la jalousie, etc.

Ingesta. — Nous plaçons ici les écarts de régime, l'abus de certaines boissons fermentées et de certains assaisonnements, la mauvaise qualité des eaux; c'est cette cause qui, d'après Raymond, produit exclusivement les épidémies de fièvres intermittentes qui ravagent l'île de Valcheren. On sait que Linné faisait

(1) Voir ci-devant p. 23.

jouer un grand rôle aux eaux argileuses dans le développement des fièvres intermittentes dans les plaines de Scanie et dans la Sudermanie. Nous placerons encore dans cette catégorie les aliments gâtés ou de nature indigeste, les fruits de mauvaise qualité, ceux qui n'ont pas acquis leur maturité, ou qu'on a cueillis avant le temps et fait mûrir artificiellement; la présence des vers dans le canal digestif ou d'un corps étranger et irritant quelconque.

Excreta. — Dérangement des excrétions et sécrétions habituelles, répercussion de la transpiration cutanée, des sueurs, d'un exanthème, suppression d'une hémorrhagie, d'un émonctoire accoutumé, des règles et des lochies chez les femmes.

Chacun de ces six genres de causes, pris séparément, peut produire la fièvre intermittente, suivant la disposition des individus qui s'y trouvent soumis; mais il n'y a guère que le premier genre dont les influences soient assez étendues, assez puissantes, pour causer des endémies et des épidémies de la fièvre dont il s'agit. On sait, à n'en plus douter, surtout depuis les recherches de Torti à cet égard, que la présence ou la proximité des marais prédispose les habitants à contracter toutes les espèces de fièvres intermittentes. On croit assez généralement qu'il s'en dégage des effluves délétères, lesquels joints à une constitution atmosphérique particulière, rendent ces fièvres endémiques dans les lieux dont il s'agit. Des médecins ont avancé que ces effluves n'existaient point. Il est vrai qu'on ne peut pas en démontrer matériellement l'existence; il est vrai aussi qu'on voit se développer des fièvres d'accès dans les lieux où il n'y a point de marais, et par beaucoup d'autres causes que des miasmes marécageux. Mais une cause n'en exclut point une autre, et une opinion ne prouve rien tant qu'elle est négative, tant qu'elle n'est point appuyée de faits tendant à combattre ceux qu'on lui oppose : rien de plus facile que de nier, rien de plus difficile que de prouver. Cette difficulté se fait sentir quelquefois pour la vérité elle-même; aussi de combien de gens la facile polémique se borne-t-elle à la négative!

L'existence des émanations marécageuses n'est point matériellement prouvée, c'est-à-dire que les chimistes ne sont point encore parvenus à les découvrir, à les isoler des autres gaz et des vapeurs atmosphériques, de manière à les représenter ensuite avec les propriétés qu'on leur reconnaît. On est arrivé en dernière analyse à nous offrir comme l'équivalent des effluves

marécageux, le *gaz hydrogène carburé !* nul doute que ce ne soit là un de leurs principes constituants ; mais qui peut les connaître tous, et surtout cette combinaison intime de la nature d'où résulte leur action délétère ? On les croyait autrefois composés d'hydrogène carboné, d'azote et de gaz ammoniacal : peut-être arrivera-t-on encore à d'autres résultats. Quant au sujet qui nous occupe, le but le plus utile n'est il pas atteint ? Il nous importe peu de savoir en quoi consistent les purs éléments des émanations marécageuses, et moins encore de les refaire ; l'essentiel c'est de les détruire, ou d'en neutraliser l'action par des moyens hygiéniques, alors qu'il n'est pas donné d'en prévenir la source. On sait d'où proviennent ces émanations, quelles sont les époques de l'année, de la saison, de la journée même, où elles se développent de préférence et en plus grande quantité ; ce sont là des données précieuses dont on peut faire le plus salutaire usage dans l'hygiène publique et privée, pour la salubrité du sol et la santé de ses habitants.

Mais n'a-t-on pas exagéré les influences pernicieuses des effluves marécageux relativement à l'histoire des fièvres intermittentes ? On voit survenir celles-ci dans tous les lieux, pendant toutes les saisons, et le dégagement de ceux là n'a lieu que pendant un temps plus ou moins limité, cinq ou six mois au plus dans les pays même les plus marécageux. Le printemps et l'hiver, durant lesquels il n'y a que peu ou point d'émanations délétères, n'y sont pas préservés de fièvres d'accès, et le quart au moins de celles qu'on y observe dans le cours d'une année n'y sont-elles pas dues à d'autres causes, telles que la mauvaise qualité des eaux potables, des fruits et des légumes, puis à des averses, à des affections morales et à des excès de tous genres ? à plus forte raison les fièvres intermittentes ne seront-elles point attribuées à l'influence des marais dans les contrées où il n'y en a pas ; et si les fièvres y sont plus rares, l'étendue du terrain n'est-elle pas incomparablement plus grande, et telle, relativement aux pays marécageux, qu'on serait conduit à reconnaître la majorité des fièvres intermittentes comme le résultat de causes étrangères aux émanations dont il s'agit ? On s'arrête d'abord à ce qui frappe le plus, et l'on finit par en faire l'unique objet de ses réflexions, sans tenir compte des autres cas, des autres lieux. Rien ne frappe comme une endémie qui revient chaque année, qui frappe souvent les mêmes personnes, ou comme une épidémie qu'on voit attaquant

à la fois une masse d'individus de tous âges, de tous sexes, de tous tempéraments, de toutes conditions. Or, toutes les endémies reconnaissent pour principale cause les effluves marécageux, et plusieurs épidémies peuvent leur être attribuées en grande partie. Il n'est donc pas étonnant qu'on leur ait fait jouer un rôle si puissant, si étendu et presque exclusif dans le développement des fièvres intermittentes et rémittentes en général. Mais soumettons un vaste champ à notre observation ; prenons l'Europe, par exemple ; comptons les fièvres intermittentes survenues dans l'espace de deux ou trois ans, et nous reconnaîtrons que la moitié, les deux tiers peut-être de ces affections sont dues à d'autres causes qu'aux émanations marécageuses.

D'ailleurs n'abuse-t-on point du nom de *marais*, quand on le donne indistinctement à toutes espèces d'amas d'eau, même les plus fortuits et les plus passagers, comme ceux qui résultent de pluies fréquentes ou de quelques averses sur un terrain massif, argileux, qui résiste plus ou moins à l'infiltration des eaux? N'en est-il pas de même quand ils sont la suite d'un débordement partiel et momentané d'une rivière dans un pays sain où la végétation est belle, dont les habitants sont caractérisés par la force et le tempérament sanguin? Ces eaux, ne séjournant pas long-temps, ne peuvent former que peu ou point de mares putrides; et si dans ces circonstances, il survient parfois des épidémies de fièvres intermittentes, il faut moins les attribuer aux émanations délétères qu'aux variations très grandes de froid, de chaleur, d'humidité, que la présence de ces eaux tend à augmenter; il faut en accuser surtout les intempéries de la saison elle-même ; intempéries qui en amènent d'autres dans le régime des habitants, qui les portent à des excès de travaux pour réparer les retards ou les désastres du mauvais temps, et aux excès de vins et d'eau-de-vie pour s'en distraire. M. Prus a observé des fièvres intermittentes à Angers, où elles règnent tous les ans à l'époque des débordements de la Mayenne. M. Mérat les a vues régner à Décise, ville bâtie sur une île au milieu de la Doire, et où n'existent point de marécages. Il en est de même de Nemours, circonscrite par une rivière et un canal. Nul doute que les fièvres intermittentes, dans ces localités, ne soient dues qu'à l'humidité, entretenue par l'entourage des eaux : C'est l'opinion de M. Forget, qui a vu ces fièvres se développer à bord des navires où l'on avait la pernicieuse habitude de laver les

ponts à grande eau, et disparaître lorsqu'au lavage on substituait le nettoyage à sec.

Halm rapporte qu'à Breslau, dans une province habituellement très saine, il survint, en 1737, une grande épidémie de fièvres intermittentes par suite de pluies si abondantes que les belles campagnes de la Silésie n'étaient plus que de vastes lacs.

Les débordements de l'Isère dans la haute Savoie, et ceux de l'Arve dans le Faucigny, sont souvent la principale cause des fièvres intermittentes qui attaquent les nombreux villages riverains (1).

Parmi les causes les plus fréquentes des fièvres dont il s'agit, il faut placer les variations très grandes, et surtout rapides, dans

(1) De vastes travaux de diguements contre ces deux rivières, ayant été entrepris et exécutés en 1836 et 1837, on a voulu tirer parti pour l'agriculture de la vaste étendue de terrain protégée par ces travaux, et dans les temps d'averse ou de pluie, quand les eaux deviennent troubles et charrient diverses matières terreuses, végétales et animales, on les a fait arriver par des écluses, et reposer sur le terrain dont il s'agit. Ce terrain formait par conséquent de grandes nappes d'eau qu'on laissait dessécher. L'on ne pouvait pas dire que ce fussent là des marais; il s'agit d'un terrain sablonneux tantôt couvert d'eau, tantôt à sec, sur lequel il ne pouvait pas se produire des miasmes particuliers, comparables à ceux qui s'exhalent des vastes marais Pontins, ou de la Bresse, de la Sologne, etc. Cependant il est incontestable que les opérations dont il s'agit n'aient occasionné le développement d'une immense quantité de fièvres de tous genres, de tous types, suivant la prédisposition des individus qui en étaient attaqués. J'en ai vu, pour ma part, un très grand nombre, dont plusieurs avec un caractère tellement pernicieux, qu'elles m'ont obligé d'avoir recours promptement à de très fortes doses de sulfate de quinine.

Durant l'automne dernier, j'ai été appelé, des environs de Genève, dans la province de haute Savoie, pour madame V***, atteinte d'une affection chronique de l'estomac, et chez qui l'épidémie régnante développait des accès ou des redoublements pernicieux assez comparables aux pernicieuses cardialgique, hépatique ou cholérique, et chez qui l'ingestion du sulfate de quinine par la bouche avait produit un tel surcroît d'irritation dans l'estomac, que cet organe rejetait par le vomissement tout ce qu'on faisait prendre à la malade, qui se trouvait dans un état de faiblesse et d'angoisse incomparables. Dans cette partie de la province qui se trouve sur les bords de l'Isère, et même jusqu'à une distance de quelques lieues, il y avait dans ce moment une épidémie de fièvres intermittentes et rémittentes à laquelle peu de personnes échappaient. Les médecins eux-mêmes, entre autres le docteur Maigrat, en furent plusieurs fois atteints. Toutes les fièvres intermittentes sous formes muqueuse, inflammatoire, bilieuse, quelquefois ataxique et pernicieuse, ont été observées, non seulement dans le même village, mais encore chez le même individu, à cause des fréquentes récidives de ces fièvres qui eurent lieu sous l'influence de la principale cause dont nous avons parlé, puis par les contrastes frappants du froid de la nuit et de la chaleur du jour, et surtout, chez le paysan, par les excès de travaux, le défaut de régime et la malpropreté.

la constitution atmosphérique. Ce sont ces variations qui les font naître dans toutes les saisons, et même en hiver dans les lieux les plus sains d'ailleurs; c'est ainsi que Harder a observé un très grand nombre de fièvres d'accès à Bâle pendant l'hiver de 1695, et développées par suite de mutations très grandes et subites de température. Ces fièvres régnaient concurremment avec des catarrhes, des coliques, des pleurésies. Tissot a fait plus tard la même observation à Lausanne. M. Mimaut et le docteur Moris pensent qu'en Sardaigne ce sont bien moins les effluves marécageux qui occasionnent des fièvres d'accès, que l'extrême inconstance du climat due à l'influence de certains vents qui y produisent subitement des variations si grandes qu'ils confondent souvent les saisons; ils font sentir un froid aigu au milieu de l'été, et, réciproquement, pendant l'hiver une chaleur intempestive. Il n'est pas rare aussi qu'au soleil brûlant de la journée succède une nuit froide et humide (1).

L'inconstance du climat ou les variations atmosphériques, brusques et considérables, doivent être placées, suivant nous, en première ligne dans le développement des fièvres d'accès, puisque sans le passage d'une constitution froide à une température plus ou moins élevée, les marais eux-mêmes n'auraient aucun effet funeste. N'est-il pas reconnu qu'il faut constamment le concours de la chaleur pour qu'ils produisent les fièvres? La preuve, c'est qu'on n'en voit point dans les pays marécageux où la température, même en été, conserve toujours un certain degré de fraîcheur. Les immenses marais de la Russie et de la Lithuanie ne nuisent point à la salubrité de ces vastes contrées. Bien loin que les fièvres intermittentes y soient endémiques, on ne les y connaît pas, et l'homme qui habite dans la proximité de ces marais arrive, comme ailleurs, au dernier degré de la vieillesse. On trouve de vastes prairies marécageuses et quelques étangs sur plusieurs points assez élevés de la Savoie; hé bien, je me suis assuré que dans ces lieux la fièvre intermittente ne se manifestait presque jamais, parce qu'il y règne constamment un air vif et frais, même dans les plus fortes chaleurs de l'été. Ne sait-on pas d'ailleurs que dans les pays marécageux le nombre des fièvres d'accès est en raison inverse de l'abaissement de température, et que dans les années froides il y en a incomparable-

(1) *Voyage en Sardaigne.*

ment moins que dans les années remarquables par une grande chaleur. Ce qui prouve encore toute l'influence de la chaleur dans les circonstances dont il s'agit, c'est l'innocuité des marais même dans les pays chauds, lorsqu'ils se trouvent abrités par des bois si touffus que les rayons du soleil ne peuvent les atteindre. Vient-on à couper ces bois, aussitôt une épidémie de fièvres intermittentes se déclare. M. Cassan a observé ce fait aux Antilles.

Non seulement l'irrégularité dans la succession des saisons, et les changements brusques dans la constitution atmosphérique, favorisent le développement des fièvres d'accès, mais elles influent encore beaucoup, ainsi que l'âge et le caractère ou l'idiosyncrasie des individus, sur la nature et les diverses formes que ces fièvres peuvent présenter. C'est ainsi que des chaleurs soutenues et sèches, chez des constitutions irritables et sanguines, favorisent les formes pernicieuses *ictérique*, *cholérique*, *hémorrhagique*; une chaleur humide qui succède rapidement à un temps froid et sec, amène des intermittentes *bilieuses*, *putrides*, *adynamiques*, chez les individus d'une constitution bilieuse à la fois et pléthorique; tandis que les alternatives d'un froid humide, jointes à quelques instants de chaleur humide et accablante, favorisent les formes *muqueuse* et *dysentérique*. Quand une chaleur précoce et brûlante se montre tout-à-coup au retour du printemps, les intermittentes sont ordinairement *ataxiques* ou *pernicieuses*, surtout chez les individus sanguins et sédentaires, qui s'empressent de jouir, par des exercices prolongés, des premiers beaux jours de mars et d'avril; chez les vieillards, elles prennent volontiers la forme *comateuse* ou *apoplectique*; elles sont produites assez souvent par l'impression subite d'une forte chaleur ou d'un grand froid, comme M. Bonnet en cite un exemple remarquable (1); chez les enfants et les jeunes gens, elles présentent souvent un trouble remarquable des fonctions cérébro-spinales, d'où résultent les fièvres pernicieuses *convulsive* et *délirante*. La présence des vers dans le canal digestif peut également, chez ceux dont l'irritabilité est très grande, donner lieu aux phénomènes fébriles, convulsifs et nerveux, les plus effrayants.

(1) *Traité des fièvres intermittentes*, p. 386.

ARTICLE II.

DU MODE D'ACTION DES CAUSES.

Parmi les faits que nous avons rapportés, il y a des causes de fièvre intermittente dont le mode d'action est tellement évident qu'on ne peut douter de l'irritation des organes digestifs; tels sont ceux où elle a été occasionnée par une trop grande quantité de melon, de champignons, de lard et autres substances indigestes; par des fruits non mûrs, des blés et des légumes gâtés par la gelée, comme dans les épidémies de Lausanne, de Modène de 1690; par l'accumulation des vers dans le canal intestinal et leur irruption jusque dans l'estomac; comme dans certaines épidémies de rémittentes vermineuses observées par Vandesbosch et Méaroli; par la mauvaise qualité des eaux de puits ou de citernes mal entretenues et rendues fétides par une excessive chaleur, comme dans l'épidémie de Hollande de 1691; par le mélange du blé avec l'ivraie, et le défaut de soins pour la conservation des grains et des farines, d'où il résulte un pain mat, acide et plus ou moins indigeste; par l'usage immodéré ou intempestif du vin et des liqueurs fortes, qu'on prend à jeun dans certains pays (1). Mais si, dans presque toutes les épidémies de fièvres intermittentes, on voit intervenir l'action des *ingesta*, ce n'est en général que comme causes éventuelles ou auxiliaires dans le développement des fièvres dont il s'agit, et si nous commençons par elles, c'est pour être conduit par analogie à reconnaître le mode d'action, moins facile à saisir, des effluves marécageux qui les produisent le plus souvent et les rendent endémiques dans certaines contrées.

Il est probable que ces effluves pénètrent dans l'économie par toutes les voies de rapport, et spécialement par les membranes muqueuses, pulmonaire et gastrique. Si cette dernière en est plus particulièrement affectée, ce n'est pas, comme on l'a dit, parce qu'ils n'y sont pas soumis à une prompte décomposition comme dans les organes pulmonaires, c'est plutôt parce que la muqueuse digestive est le confluent central de toutes les absorptions cutanée et pulmonaire. Il est même reconnu aujourd'hui que c'est sur cette membrane que retentit l'influence la plus prompte et la plus marquée de toutes les substances délétères

(1) Palmi, *Réflexions sur l'état sanitaire des pays marécageux de Sienne.*

introduites dans l'économie par voie d'absorption, quelle que soit leur forme, solide, gazeuse ou liquide. Ne sait-on pas, par exemple, que la morsure de la vipère détermine promptement des nausées, des vomissements et des angoisses épigastriques plus ou moins remarquables? Quel que soit d'ailleurs le mode d'action en lui-même des émanations marécageuses, on peut s'en rendre compte comme de l'ingestion d'une substance nuisible quelconque. Il en résulte une irritation plus ou moins vive, plus ou moins funeste, quelquefois un véritable empoisonnement miasmatique qui fait promptement succomber les malades. Nous ne parlons pas de l'action intime, moléculaire, de ces émanations sur nos organes; on ne la connaît pas. Mais en sait-on beaucoup plus sur la manière d'agir de la plupart des autres substances solides, liquides et gazeuses, sans cesse introduites dans notre corps, soit comme médicaments, soit pour les besoins de la respiration et de la nutrition? Toutes les fois que des corps mis en contact n'agissent pas les uns sur les autres uniquement par leurs propriétés physiques et chimiques, quand il y a d'un côté action organique et vitale, savons-nous ce qui se passe autrement que par ces phénomènes locaux et sympathiques qui indiquent la manière d'être de nos organes à l'occasion de tel ou tel agent nutritif, médicamenteux, ou vénéneux?

Peut-on dire que l'action des effluves marécageux soit *débilitante* et *asthénique*, comme le pensent MM. Petit, Rolando, Récamier, Chomel? et peut-on fonder cette opinion sur ce que l'habitant des marais présente ordinairement dans son organisation, dans son tempérament, certaines modifications qui indiquent de la faiblesse? Non sans doute; car si l'on examine ce qui se passe en lui, on verra que sous l'apparence d'une faiblesse générale, il s'en faut bien que chaque tissu, chaque organe soit également faible: son genre de vie, les variations journalières très sensibles dans la température atmosphérique, chaude le jour, froide la nuit, et presque toujours humide; l'ingratitude d'un sol dont le produit ne répond point à la peine; des aliments grossiers, des végétaux et des fruits d'une qualité inférieure; tout cela peut bien, en fournissant de mauvais matériaux à la respiration et à la nutrition, faire prédominer la constitution lymphatique; mais le système digestif en sera-t-il moins irritable chez lui? Ne sera-ce pas au contraire le plus animé et le plus stimulé de tout l'organisme? Ce système n'aura-t-il pas en plus ce

qu'on observe en moins du côté des organes pulmonaires, locomoteurs et cérébraux? Ce sera donc là qu'il faudra chercher, non point une asthénie, mais une surexcitation locale, source première et principale de ces fièvres intermittentes si communes chez l'habitant des marais.

Nul doute que la disposition des individus ne fasse beaucoup varier le mode d'action des émanations marécageuses; tel indigène est habitué à un climat donné, à des influences qui, agissant sur lui depuis long-temps, ont amené dans son organisme des modifications qui contre-balancent en partie l'action de certaines influences morbides au milieu desquelles sa vie se prolonge sans danger, tandis que l'étranger qui s'y trouve tout-à-coup soumis d'une manière absolue, y court risque pour ses jours. Qu'un Lorrain fort et robuste se transporte au mois de juillet dans la Bresse, et surtout dans les îles d'Hyères; il y contractera une fièvre intermittente dont les symptômes seront beaucoup plus graves, toutes choses égales d'ailleurs, que chez l'habitant de ces lieux marécageux. Un Français, un Allemand, habitués à une température moyenne, ne pourraient traverser impunément au mois d'août les marais Pontins, ni séjourner quelque temps dans certains quartiers de Rome, sans être atteints de fièvres intermittentes pernicieuses; tandis qu'un Sarde, un Napolitain, modifiés par des influences atmosphériques habituellement très chaudes et souvent délétères, seront soumis presque sans secousse aux mêmes épreuves. Ce sont des faits confirmés par l'expérience de tous les voyageurs.

Quant à la manière d'agir des effluves marécageux, si variable suivant les lieux, cela peut tenir quelquefois à leur différence de nature et à leur activité plus grande par suite des proportions diverses de substances animales et végétales qui entrent dans leur composition, par suite du mélange de certaines eaux. M. Fodéré a observé que l'irruption des eaux de la mer dans des marais d'eaux douces, contribuait à donner aux effluves des qualités beaucoup plus pernicieuses. Mais la cause principale et la plus rationnelle de cette différence dans l'action de ces effluves, réside dans les différents degrés de latitude et de chaleur atmosphérique des pays marécageux. Par suite d'une chaleur extrême et long-temps prolongée, la même cause peut développer la fièvre pernicieuse la plus funeste chez les individus qui n'y sont point accoutumés. C'est cette observation qui, faite et

répétée sous diverses latitudes, a conduit des médecins voyageurs à penser avec raison que la fièvre jaune n'était qu'une fièvre intermittente *dégénérée*, ou qu'elle était provoquée par le plus haut degré d'intensité d'une inflammation gastro-hépatique. C'est ainsi qu'on voit aux Antilles cette terrible fièvre jaune sévir contre les étrangers non acclimatés, pendant que les indigènes n'éprouvent que des fièvres intermittentes ordinaires. C'est une observation qu'a faite plusieurs fois M. Chervin dans ses nombreux voyages. Lind avait déjà fait la même observation; il avait vu des Européens nouvellement débarqués dans les Indes être attaqués de fièvre jaune ou de fièvres intermittentes pernicieuses très graves, sous l'influence des mêmes causes qui développaient, chez les habitants du pays, des fièvres rémittentes ou intermittentes ordinaires. On sait ce que Baglivi pensait des rémittentes pernicieuses *mésentériques*, que le climat des États romains lui permettait d'observer si souvent. MM. Tommasini et Audouard ont reconnu également en Europe cette analogie entre la fièvre jaune et la fièvre intermittente des pays chauds; celle même de nos climats tempérés revêt parfois des formes qui en approchent dans les saisons remarquables par une grande chaleur. N'a-t-on pas vu, dans le département de l'Ain, par suite d'un été brûlant, survenir des fièvres bilieuses dont la violence des symptômes se rapprochait beaucoup de ceux qui caractérisent la fièvre jaune? Nul doute que la Bresse et la Sologne, exposées à des chaleurs vives et soutenues comme celles qu'on éprouve à Rome ou à Naples, ne devinssent promptement le théâtre des intermittentes les plus pernicieuses, et même de la fièvre jaune. Le mode d'action des émanations marécageuses est donc subordonné à celui du climat, de la constitution atmosphérique et individuelle. Abstraction faite de leur dégagement, plus considérable par suite d'une grande chaleur, cette constitution est ordinairement accompagnée de certains contrastes de fraîcheur et d'humidité qui rendent leur action plus funeste, soit en concentrant par intervalles leurs principes délétères, soit en produisant dans les fonctions organiques de légères et fréquentes secousses qui en amènent facilement le trouble et la maladie.

Voyons, par exemple, ce qui se passe chez un habitant de nos climats tempérés qui va passer à Rome le mois d'août ou de juillet. Les fonctions sécrétoires et exhalantes de la peau sont d'abord très augmentées; il en résulte une moiteur presque conti-

nuelle; la respiration est accélérée, les inspirations courtes et répétées; les battements du cœur sont plus fréquents, la circulation plus active; le sang, poussé avec force et rapidité vers la tête, dispose à la céphalalgie, parfois à l'engourdissement des fonctions intellectuelles et au sommeil. La nature réagit par tous les moyens en son pouvoir; de là une déperdition prodigieuse de forces. Il faudrait de bonnes et actives digestions pour les réparer; mais l'estomac, plus encore que tous les autres viscères, participe à ce surcroît d'irritabilité générale; ses intimes relations avec le système cutané le mettent dans l'impuissance de remplir ses fonctions d'une manière convenable et énergique; l'appétit est presque nul; il y a habituellement du dégoût, de la soif, un sentiment de fatigue, d'agitation générale, et jusqu'à ce que l'économie se soit habituée aux influences locales, il en résultera une faiblesse musculaire ou locomotrice et un surcroît d'irritabilité dans les organes digestifs et cérébraux, qui les dispose à devenir malades. Ajoutez à cette prédisposition acquise des excès de table pour vaincre cette inappétence et cette inertie morale qui devient si pénible; ajoutez les contrastes frappants entre la chaleur du jour et la fraîcheur de la nuit, qui tendent à paralyser l'activité des fonctions cutanées et à augmenter dans les mêmes proportions l'irritabilité gastrique; ajoutez enfin l'influence des vapeurs humides et des émanations délétères qui descendent sous forme de rosées adondantes depuis six à sept heures du soir, et vous concevrez facilement les attaques de fièvres intermittentes pernicieuses auxquelles notre voyageur sera exposé.

L'action des effluves marécageux se fait ordinairement sentir dans les lieux mêmes où ils se dégagent et sur les personnes qui ont l'imprudence de s'y exposer, ou qui sont conduites par leurs travaux habituels à en recevoir de temps à autre la funeste influence. D'autres fois ils exercent au loin cette influence par le moyen de certains vents qui, balayant la surface des marais, emportent avec eux une quantité plus ou moins considérable d'émanations délétères. Lancisi rapporte que trente individus, se promenant vers l'embouchure du Tibre, reçurent par un coup de vent les effluves provenant de marais lointains, et furent tous attaqués de fièvre intermittente, à l'exception d'un seul.

Ce n'est qu'à l'aide des vents qu'on peut concevoir l'endémie des fièvres intermittentes dans certains lieux élevés, où l'on ne

voit ni plaines sujettes à inondations, ni étangs, ni marais, et qu'on jugerait fort sains au premier aspect : la Bresse et la Sologne en offrent des exemples. Nous citerons en particulier celui de la commune et de la petite ville de Conflans en Savoie. Cette ville, anciennement fortifiée, bâtie sur l'angle saillant et assez élevé d'un rocher, adossé lui-même à une vaste montagne, semble devoir être à l'abri des fièvres intermittentes ; cependant elles y sont endémiques, parce que les vents qui suivent le cours de l'Isère emportent avec eux les émanations des marais de Tours et de la Bâtie. Arrivés vers la Fonderie royale, ces vents y sont comme arrêtés par d'autres courants atmosphériques qui suivent la direction d'Arly jusqu'à sa jonction à l'Isère. Refoulées dans la plaine de Conflans, les émanations délétères, par leur tendance naturelle à s'élever, gagnent la ville, et de là l'origine des fièvres intermittentes dont il s'agit. Cette influence utile ou nuisible des vents sous le rapport hygiénique et suivant leur direction bonne ou mauvaise, a été parfaitement reconnue et indiquée par le professeur Hallé.

Quelques médecins ont voulu donner à l'action des effluves marécageux une puissance mystérieuse et terrible que l'expérience heureusement n'a point confirmé ; ils ont avancé que les fièvres intermittentes des marais étaient contagieuses et pouvaient se transmettre d'homme à homme loin du foyer d'infection ; en un mot, ils ont fait des effluves marécageux un agent spécifique analogue à celui de la variole ou de la syphilis. Mais cette opinion, bien qu'elle trouve encore aujourd'hui quelques partisans, entre autres MM. Audouard et Bailly, n'est rien moins que prouvée, et les faits sur lesquels on veut l'étayer sont bien loin d'être concluants, comme nous l'avons déjà dit.

C'est sans doute par suite de cette dernière opinion qu'on a cru également à l'incubation des effluves marécageux ! incubation qu'on fait (1) durer depuis dix, douze, quinze, vingt, trente jours, jusqu'à sept ou huit mois (2), et après un aussi long sommeil, on les fait sortir de leur inaction pour développer des fièvres intermittentes dont le germe date des diverses époques indiquées !

(1) Lind, *Essai sur les maladies des Européens dans les pays chauds.*

(2) Hamilton rapporte dans l'*Histoire de l'épidémie des fièvres intermittentes de Walcheren,* que sept cents militaires eurent en Angleterre la même fièvre qui les avait épargnés à Walcheren, et par suite de l'*infection* puisée dans cette île *sept* mois auparavant !

Quand on veut donner une puissance si merveilleuse aux émanations marécageuses, et leur faire jouer un si grand rôle dans le développement de certaines maladies, n'est-on pas porté naturellement à douter de tout ce qu'on leur attribue? Ce premier doute n'en amène-t-il pas volontiers un autre sur leur existence même? Il n'est pas rare qu'une opinion, portée à l'excès dans un sens, en fasse naître une autre dans un sens opposé; c'est sans doute ce qui a fait dire à Giannini, et à d'autres médecins après lui, que ces émanations étaient imaginaires! C'est par un besoin naturel de se mettre en opposition avec tous ces effets si puissants et si merveilleux qu'on s'est plu à imaginer. Non, il n'y a rien de merveilleux, rien de spécifique dans le mode d'action des effluves marécageux, puisqu'ils ne produisent pas seulement des fièvres intermittentes, mais encore des fièvres continues, des catarrhes, des dysenteries, etc. Sims, Lind et M. Cassan aux Antilles, ont été témoins d'un grand nombre d'observations qui prouvent que le dégagement des effluves marécageux peut produire beaucoup de fièvres continues graves, des fièvres adynamiques et putrides, des dysenteries aiguës, et même le choléra-morbus, qui prouvent enfin qu'il n'y a rien de spécifique dans l'action des effluves marécageux.

D'ailleurs, on sait que les fièvres intermittentes sont souvent produites sans eux, et qu'il suffit de certains contrastes de chaud, de froid, d'humidité, et d'une grande variation dans la constitution atmosphérique pour les développer même épidémiquement dans des lieux sains et où il n'y a point de marais; c'est ce qui résulte des observations de Hahl, de Harder, de Tissot, etc. Nous avons fait nous-même plusieurs fois cette observation, particulièrement en 1829 et dans plusieurs communes des environs de Genève, surtout dans le mandement de Regnier, canton très étendu et très peuplé placé dans une vallée à mi-côte sur la rive gauche de l'Arve, fertile en blés et en fruits de toutes espèces. Des pluies assez abondantes et très répétées depuis le commencement de juillet imprégnèrent le sol d'humidité et formèrent de grandes nappes d'eau dans les lieux plats. Malgré quelques beaux jours de loin en loin et des rayons de soleil chauds vers midi, mais de courte durée, la terre ne put se dessécher, surtout dans les lieux boisés, de sorte qu'à des bouffées de chaleur très fortes causées par un soleil ardent, succédaient rapidement, vers les quatre ou cinq heures du soir, un refroidissement atmosphérique

très sensible. Les intempéries dans la saison en amenèrent dans le régime et dans la distribution des travaux : le paysan et l'agriculteur, obligés de profiter de tous les moments où il ne pleuvait pas pour presser des travaux en retard, se fatiguaient beaucoup par intervalles, éprouvaient des refroidissements, et un grand nombre furent attaqués de fièvres intermittentes de tous types, mais particulièrement tierce et quarte.

On conçoit facilement ce qui se passe à l'intérieur par suite d'une constitution atmosphérique si variable, habituellement humide et presque froide : l'action de la peau, en quelque façon paralysée, les fonctions de sécrétion et d'exhalation rendues presque nulles, déterminent un surcroît d'activité dans celles des muqueuses, activité qui peut aller au point de constituer une véritable maladie ; elle peut, suivant la disposition des individus, se fixer sur la muqueuse pulmonaire et bronchique pour occasionner des toux, des catarrhes ; et plus souvent sur la muqueuse digestive à cause des excès de table et de vin auxquels on est disposé à se livrer pour se consoler ou se distraire des ennuis d'une mauvaise saison : de là l'inappétence, la soif, les envies de vomir, la céphalalgie, un sentiment d'ardeur et de plénitude dans la région épigastrique, des frissonnements vagues, une fatigue et un malaise général, en un mot tous les prodromes de la fièvre intermittente.

Chez les individus d'une constitution molle, lymphatique, et dont les organes digestifs ont été plusieurs fois surexcités par des aliments de mauvaise qualité, l'irritation peut se porter plus spécialement sur les glandes sécrétoires et les vaisseaux exhalants du canal digestif ; alors les follicules de la membrane interne se gonflent, se développent sous forme de petits mamelons qui versent à sa surface une quantité plus ou moins considérable de matières muqueuses, ou séro-albumineuses et parfois sanguinolentes ; le séjour, l'accumulation de ces matières, joints à la chaleur qu'entretient la phlegmasie, favorisent la génération des vers ; et tout cela réuni donne lieu aux phénomènes généraux, fébriles et muqueux, diarrhéiques ou dysentériques, qui constituent certaines épidémies de fièvres intermittentes et rémittentes, comme celle observée par Rœderer et Wagler.

Les circonstances relatives à la constitution individuelle et au genre de nourriture habituelle, nous paraissent nécessaires pour développer cette forme muqueuse ; car, malgré l'humidité froide

bien prononcée et très prolongée de 1829, nous ne l'avons point observée dans les fièvres intermittentes qui régnèrent depuis le commencement de juillet jusqu'à la fin de novembre dans une grande étendue de la Savoie. Les symptômes étaient franchement gastriques, et les malades étaient plus sujets à la constipation qu'à la diarrhée. Quelques uns présentèrent des symptômes assez tranchés de péripneumonie comme dans l'observation sous le nº 449.

La constitution atmosphérique des six derniers mois de 1829 occasionna en même temps beaucoup de toux, de catarrhes, de péripneumonies et d'affections rhumatismales.

Ce développement simultané de diverses affections inflammatoires a été reconnu dans toutes les épidémies de fièvres intermittentes avec la différence que ce sont ordinairement des affections cutanées, hémorrhagiques, cérébrales, dysentériques, qui accompagnent ces fièvres dans les pays méridionaux ou durant les constitutions très chaudes, tandis que dans les climats et dans les temps froids et humides, ce sont plus spécialement les catarrhes, les péripneumonies, les rhumatismes, etc.

Tout ce que nous venons de dire se rapporte également aux *gesta*, aux *applicata* et aux *excreta*, pour la sphère d'action qui est propre à chacun d'eux dans le développement des fièvres intermittentes. Quant aux *percepta*, voici ce que dit Baglivi : « *Qui laborant animi pathemate potissimum corripi solent morbis ventriculi, ut observavi in mœrentibus qui conqueruntur primo de languore ventriculi, mox inappetentia, oris amaritie, siti circa horas matutinas, cruditatibus, flatibus, et tensionibus hypocondriorum* (1). Il est certain que les fatigues de l'esprit, les méditations profondes et soutenues affaiblissent et dérangent peu à peu les fonctions digestives ; aussi a-t-on dit avec raison que les abstractions de la métaphysique avaient gâté autant d'estomacs qu'elles avaient perdu de têtes. Les passions ardentes et prolongées produisent le même effet ; toute affection morale vive, portée aux deux centres nerveux cérébral et ganglionnaire, est à l'instant réfléchie sur les organes digestifs. Chacun sait qu'une mauvaise nouvelle, communiquée avant le repas, ôte l'appétit, et après le repas cause une indigestion. Relativement aux *ingesta*, on peut s'étonner qu'on n'ait pas reconnu de tout temps la lésion du canal digestif comme l'origine de la plupart des fièvres inter-

(1) *Opera omnia medico-practica*, t. II.

mittentes et rémittentes ordinaires, puisque les causes que nous avons signalées dans les *ingesta* sont à peu près les mêmes que celles indiquées par tous les auteurs comme efficientes des gastro-entérites continues; cependant nous avons vu qu'il n'y avait que peu ou point d'épidémies de fièvres d'accès sans la participation des causes tirées des *ingesta*; nous en avons vu quelques unes, telles que l'épidémie de rémittentes bilieuses de Lausanne, l'épidémie de fièvres intermittentes muqueuses de Modène en 1690, qui furent en grande partie occasionnées par des blés, des fruits, des légumes de mauvaise qualité. Nous avons été témoin de plusieurs exemples de fièvres intermittentes occasionnées par un usage à peine immodéré de fruits dans des cas où, pour en hâter la maturité, ou pour les soustraire aux maraudeurs, on les avait ramassés avant le temps convenable et fait adoucir par des moyens artificiels.

Il est certain en effet qu'il y a une grande différence entre les qualités d'un fruit qui atteint sa maturité au soleil, sur l'arbre qui le porte, et ce même fruit cueilli d'avance aussitôt qu'il présente un certain volume et qu'on fait mûrir artificiellement. Ce dernier conserve toujours un principe acerbe que la maturité naturelle aurait fait disparaître ou remplacé par un principe doux et sucré qui en prévient les effets pernicieux. Cette différence dans la maturité des fruits explique pourquoi l'on peut parfois en manger impunément une très grande quantité, et même s'en trouver très bien, tandis que d'autres fois il suffit d'une petite quantité des mêmes fruits pour fatiguer la muqueuse digestive. Il faut aussi tenir compte des idiosyncrasies, car il y a des estomacs qui ne supportent aucune espèce de fruits, comme il y en a qui ne digèrent pas le lait; ce sont des cas particuliers dont il est bon d'être instruit pour se rendre compte du mode d'action des *ingesta*. Il en est de même de l'usage du vin, du cidre, du poiré et de beaucoup d'autres substances végétales, solides et liquides, et dont les qualités varient infiniment selon la qualité et le degré de maturité des fruits employés à leur confection, et encore selon l'exposition, la bonté ou l'ingratitude du sol où ils ont été cueillis. De ce que nous venons de dire il résulte que des endémies de fièvres intermittentes pouvaient être développées spécialement par suite du mode d'action des *ingesta*, mais que le plus souvent à ce dernier se joignait celui des effluves marécageux.

Nous avons vu que l'influence ordinairement périodique de ces effluves s'exerçait en particulier sur le canal digestif, soit à cause des fonctions périodiques de cet appareil organique, soit à cause de l'irritabilité dans laquelle il est alors entretenu par le concours de plusieurs autres causes occasionnelles; soit enfin parce que c'est sur la muqueuse digestive que vont spécialement porter leur action toutes les substances délétères introduites d'une manière quelconque dans l'économie. Il résulte donc de l'examen des causes de la fièvre intermittente en général, qu'elles sont toutes plus ou moins stimulantes ou irritantes, et qu'elles vont particulièrement retentir ou exercer leur action sur les organes digestifs.

CHAPITRE III.

DES SYMPTOMES DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE ET RÉMITTENTE, ET DE L'ANALYSE DE CES SYMPTOMES.

ARTICLE PREMIER.

DES SYMPTOMES.

L'invasion de la fièvre intermittente, comme celle de toute autre fièvre ou de toute autre affection aiguë, est souvent précédée, pendant quelques jours, de malaise, de faiblesse et d'engourdissement général, d'inappétence, de céphalalgie, de quelques frissonnements passagers, etc.; mais il n'y a rien de constant dans le développement de ces phénomènes précurseurs. Il n'est pas rare que le premier accès d'une fièvre intermittente se développe tout-à-coup sous l'influence de quelques unes des causes que nous avons indiquées; ou s'il y a quelques prodromes, ils sont tellement variables par leur forme et leur durée, qu'il est difficile de rien préciser à cet égard.

Au lieu de copier dans les livres ou de rassembler arbitrairement un groupe de symptômes auquel on reconnaisse la maladie appelée *fièvre intermittente,* nous nous contenterons de présenter le tableau d'un accès fébrile tracé d'après nature en 1818, à l'hospice clinique de la Charité, sous les yeux de M. Leroux, alors doyen de la Faculté de médecine de Paris; voici le fait :

N° 464. Un sous-officier, âgé de trente-neuf ans, d'une constitution forte et sanguine, ayant quitté depuis peu de temps le service

militaire, était attaqué depuis un mois d'une fièvre intermittente qui se présenta d'abord sous le type tierce, et qui passa ensuite au type quarte; c'est ce dernier type qu'avait la fièvre lorsque le malade fut reçu dans les salles de clinique de la Charité. Pendant les deux jours d'apyrexie, toutes les fonctions s'exécutaient comme en parfaite santé. Le jour de fièvre, me trouvant de garde à l'hospice comme élève interne, je restai auprès du malade pendant toute la durée de l'accès, et voici ce que j'observai : à une heure, les prodromes de l'accès commencèrent à se manifester ; le malade se plaignait d'un malaise général, de dégoût, d'envies de vomir, d'une bouche mauvaise, et d'une céphalalgie frontale assez intense; le pouls était régulier, plutôt lent que fréquent. Un quart d'heure après, les frissons commencèrent à se faire sentir dans le dos et les extrémités supérieures; il survint un peu de toux et de gêne dans la respiration; des bâillements assez fréquents se firent remarquer, et furent suivis de mouvements d'extension et de rétraction plus ou moins violents dans les membres. Outre les symptômes gastriques indiqués, une douleur assez marquée se faisait sentir dans la partie supérieure de la région épigastrique, au-dessous de l'appendice xyphoïde.

A deux heures moins un quart, frissons déjà très sensibles dans tout le corps; sentiment de froid très grand; pouls petit, irrégulier, ne battant que cinquante fois par minute; céphalalgie plus intense. A deux heures, redoublement des frissons, espèce de fredonnement des lèvres et craquement des dents lorsque les mâchoires se correspondent. La peau est sèche, resserrée; les membres thoraciques et abdominaux sont froids, les pieds glacés. Après quelques minutes, l'intensité du froid diminue, les frissons sont moins sensibles; le pouls, toujours petit, bat cinquante-quatre fois par minute.

A deux heures un quart, la chaleur commence à s'établir à l'extérieur du corps; notre main, portée sur la poitrine et sur l'abdomen, éprouve une chaleur manifeste, mais qui, contre l'ordinaire, n'est nullement sentie par le malade. Il n'y a plus de tremblements, mais ils reviennent aussitôt que le malade veut se remuer dans son lit. A deux heures et demie, il est assez tranquille; le pouls est plus plein, plus fréquent; le trouble des fonctions digestives est moins marqué; la langue est humide; il y a un peu de soif; la céphalalgie est encore très sensible; la

douleur dans la région sus-épigastrique a disparu. La chaleur augmente de plus en plus ; à trois heures moins un quart, elle est non seulement très remarquable au toucher, mais elle est brûlante pour le malade lui-même qui la sent se propager au loin de la face et de la poitrine où elle a commencé.

A trois heures, le pouls bat déjà soixante-quinze fois ; la soif est très vive. Après avoir bu, le malade se lève pour épancher de l'eau. Ses urines sont rouges et troubles. En se remettant au lit, il est repris par quelques frissons assez marqués, mais de courte durée. Quelques douleurs assez fortes se font sentir passagèrement dans les genoux. La soif continue à être vive et presque inextinguible. A trois heures et demie, la chaleur est très forte et répandue par tout le corps ; le malade sent son front et ses joues se couvrir de feu. Le pouls conserve encore un peu d'irrégularité et devient toujours plus fréquent ; il bat quatre-vingt-cinq fois par minute. La chaleur continue sans moiteur ni sueur jusqu'à cinq heures ; alors la première se fait sentir, et à six heures la sueur s'établit ; de nombreuses gouttelettes se forment, se réunissent, et coulent par tout le corps, principalement sur la face, la poitrine, etc. A huit heures, le malade est baigné de sueur, ainsi que son linge dont il change ; la céphalalgie est plus intense ; l'anorexie continue, la soif est toujours très grande. Il continue de suer si abondamment, qu'on est obligé de changer une seconde fois le linge qui l'enveloppe. La nuit se passe presque sans sommeil et dans un état de fatigue, de chaleur et de moiteur, qui dure jusqu'à six heures du matin, époque à laquelle le malade est complétement débarrassé et ressent déjà de l'appétit.

Je ne m'arrêterai pas sur le reste de l'observation. On attendit plusieurs jours avant d'administrer le quinquina, quoique l'apyrexie fût parfaite ; les accès furent toujours à peu près semblables au précédent. Enfin l'on prescrivit quinze grains d'ipécacuanha et un grain d'émétique, puis six gros de quinquina à prendre immédiatement après l'action du vomitif. On continua la même dose de quinquina le second jour d'apyrexie, et le lendemain il n'y eut point d'accès. On administra encore pendant plusieurs jours l'écorce du Pérou, dont on diminua graduellement la dose, et le malade sortit de l'hôpital parfaitement guéri.

L'accès fébrile dont nous venons de faire la description est un des plus tranchés que nous ayons observés ; il se rapproche

9*

beaucoup du groupe de symptômes qui caractérise en général la fièvre intermittente d'après tous les auteurs. Mais il s'en faut bien que cette fièvre présente constamment toutes les mêmes particularités que nous avons signalées ; il s'en faut bien surtout que les phénomènes fébriles suivent toujours une marche aussi régulière, et qu'ils forment trois périodes aussi distinctes que dans l'exemple précédent. Il y a sous ce rapport presque autant de variétés qu'il y a de sujets différents qui en sont attaqués. Dans plusieurs autres exemples de fièvre intermittente que nous avons observés dans le même hospice, le trouble des fonctions digestives était tantôt plus, tantôt moins marqué, que dans l'observation précédente, qu'on peut rapprocher néanmoins du groupe de symptômes appelé fièvre intermittente bilieuse ; les périodes de froid et de chaleur étaient également plus ou moins longues ; celle des sueurs fut rarement aussi prolongée. Enfin, quelque caractérisé que soit l'accès d'intermittente quarte dont il s'agit, et quoique ceux de beaucoup d'autres fièvres tierces et quotidiennes, puissent s'en rapprocher par l'ensemble de leurs symptômes, néanmoins ce n'est là qu'une individualité de forme qui ne suffit point pour représenter des milliers de physionomies d'intermittentes fébriles gastriques et gastro-entériques ; physionomies qui peuvent varier depuis la fièvre éphémère occasionnée par un simple embarras gastrique, jusqu'à la fièvre aiguë et maligne qui accompagne le choléra le plus meurtrier. Nous aurions pu former un tableau composé de tous les symptômes plus ou moins remarquables qu'on trouve dans les épidémies de fièvres intermittentes et rémittentes ; mais un pareil tableau eût été idéal, surchargé de couleurs, et nuisible en ce qu'il eût induit en erreur sur le véritable aspect sous lequel se présente ordinairement la fièvre intermittente. Ces sortes de tableaux dans lesquels on s'efforce de grouper dans un même cadre toutes les nuances de forme que peuvent présenter les fièvres d'accès, sont toujours vicieux en ce qu'ils prêtent à l'arbitraire ; ils sont faux, parce qu'ils ne représentent exactement ni des individualités de forme qui soient ordinaires à la fièvre intermittente, ni un ensemble de formes qui puisse convenir à toutes, parce qu'il n'existe pas dans la nature.

La description que nous avons faite d'un accès de fièvre quarte, jointe aux observations particulières que nous avons rapportées ci-devant, suffira pour en donner une idée générale ; quant

aux spécialités de forme relatives à certaines dispositions individuelles, à certaines constitutions atmosphériques, comme les fièvres intermittentes et rémittentes, inflammatoire et putride, muqueuse et adynamique, nerveuse et ataxique, nous ne pouvons les faire connaître qu'en rappelant les principaux traits des épidémies où elles se sont présentées. Dans plusieurs de ces épidémies, les symptômes gastriques furent encore bien plus prononcés que dans l'exemple précédent, telle est celle de rémittente bilieuse, décrite par Tissot, dont nous avons déjà parlé, et dans laquelle ce praticien distingué s'étonne de voir coïncider si souvent l'*aspect de la putridité avec la diathèse inflammatoire*.

Une épidémie meurtrière de fièvres intermittentes a été observée en Allemagne et en Hollande par Frédéric Dekker. Elle se déclara vers la fin du mois d'août 1691, après un été extrêmement chaud, sans pluie, et durant lequel les eaux, surtout en Hollande, étaient devenues fétides et corrompues. La fièvre débutait par un léger accès de froid et de chaud, douleur gravative à la tête et dans tout le corps, soif inextinguible, nausées, vomissement de matières bilieuses et pituiteuses, anxiétés précordiales, respiration courte, difficile; larmoiement, refroidissement des extrémités; pouls petit, serré, intermittent; sueurs froides, urines d'abord naturelles, puis rouges, troubles et sédimenteuses. Tous ces symptômes allaient si vite en augmentant, qu'au deuxième et troisième accès les vomissements étaient déjà plus pénibles et plus fréquents; on voyait apparaître des aphthes dans la bouche, et se développer des mouvements spasmodiques ou convulsifs; quelquefois on voyait survenir tous les symptômes du choléra ou d'une grave dysenterie.

Dans les épidémies de rémittentes et intermittentes fébriles observées par Lancisi à Rome en 1695, par Lanzoni à Ferrare en 1728, il y avait presque toujours des symptômes nerveux et ataxiques assez prononcés; elles présentaient ordinairement les symptômes suivants : couleur ictérique du visage, inappétence, céphalalgie gravative, frisson sévère, suivi de chaleur et de soif, vomituritions de matières bilieuses et muqueuses, mêlées assez souvent de petits vers; sueurs profuses; inquiétudes vives; langue jaune, brune et aride; ventre élevé, tendu, douloureux; déjections bilieuses, parfois sanguinolentes et très fétides; pouls petit, inégal; lipothymies fréquentes; taches livides sur la peau; face cadavérique; membres froids et agités de mouvements con-

vulsifs, délire ou état soporeux; urines aqueuses; sueurs glaciales; mort du septième au neuvième jour. Lancisi rapporte encore qu'en 1705 les eaux des citernes ayant été corrompues par l'infiltration dans les terres d'eaux dans lesquelles on avait fait rouir le chanvre, ou qui entraînaient le fumier et les immondices qu'on laissait amonceler dans les rues d'Orvietto, il survint tout-à-coup un grand nombre de fièvres intermittentes, d'abord assez simples, avec frisson, chaleur et sueur. Les premiers accès étaient accompagnés de vomissements bilieux ou de diarrhée, de douleurs de tête et des reins; cardialgie, tension des hypocondres; la chaleur et les sueurs diminuaient à chaque accès, de telle sorte qu'au troisième ou au quatrième accès les malades restaient comme glacés, et la fièvre constituait une *pernicieuse lypirique ou algide.*

L'épidémie de 1719, observée par Kocker, en Belgique, se manifesta après un hiver et un printemps doux et humides, suivis d'un été extraordinairement chaud et sec. Les premiers accès fébriles étaient assez légers, et l'apyrexie complète; mais après trois ou quatre récidives, la fièvre prenait le type double-tierce avec les symptômes suivants : couleur pâle ou ictérique de la face, tuméfaction de l'abdomen, langue sale, soif, nausées, oppression; vomissement de matières jaunes, vertes, amères ou acides; urines troubles et écumeuses; souvent diarrhée ou dysenterie; défection absolue des forces; aphthes plus ou moins nombreux, et qui étaient un signe mortel chez les vieillards. Quelquefois la fièvre se déclarait sous la forme d'un violent choléra qui se terminait promptement et se renouvelait de même.

Dans l'épidémie de fièvres muqueuses quotidiennes et double-tierces qui régna à Marbourg, de 1725 à 1727, les accès, caractérisés par le frisson, la chaleur et la moiteur, étaient remarquables par de fréquentes nausées, par des vomissements de mucosités, par la diarrhée et des douleurs de ventre presque continuelles. Les malades étaient pâles et d'une faiblesse extrême; ils étaient pris de vertige aussitôt qu'ils voulaient se mettre sur leur séant. Arnold, qui en a tracé l'histoire, observe qu'il suffisait de la *moindre erreur de régime pour faire dégénérer cette fièvre en inflammation et en sphacèle de l'estomac.*

En Provence, surtout dans le village de Grimaud où règnent habituellement des fièvres intermittentes, il survint en 1748, selon le rapport de Darluc, une épidémie de fièvres à redouble-

ments quotidiens, avec céphalalgie, chaleur âcre à la peau, pouls fréquent et élevé, pesanteur à l'estomac, langue blanche et visqueuse, puis sale et épaisse; aphonie, délire comateux, grincement des dents, trismus de la mâchoire inférieure, etc.

On a tracé plusieurs épidémies de fièvres intermittentes et rémittentes vermineuses dans lesquelles les symptômes gastro-entériques et encéphaliques sont très prononcés. Joyeuse, à Toulon, en a observé pendant plusieurs années consécutives, dont les redoublements périodiques étaient marqués par la céphalalgie, l'accablement, l'inquiétude, le délire, bouche pâteuse, langue aride, douleurs vagues dans l'abdomen, diarrhée avec ténesme, urines jumenteuses, mouvements convulsifs, hoquet, éruption miliaire et une excrétion énorme de vers. Dans la rémittente vermineuse, la forme d'irritation gastro-entérique est ordinairement *muqueuse*, c'est-à-dire que l'irritation prédomine dans les follicules et dans le système lymphatico-sécrétoire; de là une abondante sécrétion de mucosités à la surface interne du canal digestif. Ces mucosités, jointes à un surcroît de chaleur, semblent favoriser la génération des vers, car dans presque toutes les fièvres de ce genre on a observé cette complication vermineuse. Rœdérer et Wagler, dans l'épidémie de Gœttingue, signalent cette complication et la tendance qu'a la fièvre muqueuse continue et rémittente à dégénérer *en vraie putride*. Ces auteurs reconnaissent une grande analogie entre la maladie muqueuse qu'ils décrivent et la fièvre intermittente en général. Parmi les symptômes les plus constants de l'épidémie dont il s'agit, se trouvent les suivants : goût dépravé, amertume de la bouche, vomissements et déjections de matières muqueuses et bilieuses, langue couverte de mucosités, jaune à sa base, rouge à sa pointe et sur ses bords; papilles fongueuses, rouges, proéminentes à travers la matière blanchâtre ou séro-albumineuse qui semble tapisser la langue et toute la membrane interne des voies digestives; on voit se développer des excoriations dans l'intérieur de la bouche; les gencives se couvrent d'aphthes douloureux, etc.

Ramazzini a observé à Modène, en 1790, des fièvres intermittentes d'abord tierces, puis double-tierces, et qui par la répétition des accès passaient à la continuité avec des exacerbations vespertines. Ces redoublements fébriles étaient marqués par le vomissement, l'anxiété, la céphalalgie, les vertiges, la stupidité chez quelques malades; d'autres présentaient même de véritables

aliénations mentales, et presque tous une grande prostration de forces, et menace d'asphyxie durant la nuit. Les hypocondres étaient durs et tendus; les évacuations indiquaient la présence des vers intestinaux. Malgré la violence des symptômes durant l'accès ou le paroxysme fébrile, les malades redevenaient le lendemain dans un état de rémission si satisfaisant, que l'appétit se faisait promptement sentir. Dans cette épidémie, on aurait pu appeler la fièvre intermittente et rémittente *ataxique* ou *ataxo-adynamique*.

La fièvre rémittente bilieuse, qui fut épidémique à Ferrières, dans le Loiret, en 1806, présentait les symptômes suivants : frissons d'une heure, vomissements de bile verte, puis douleur, tension de la région épigastrique et des hypocondres avec sentiment d'une douleur vive et mordicante; peau et conjonctive jaunâtres; pouls vif, petit, parfois plein et mou; langue couverte d'un enduit jaunâtre et limoneux; ventre plutôt constipé que relâché; urines rouges et ardentes; agitation, insomnie. Dès le septième jour, cette fièvre dégénérait en putride ou maligne. Les épistaxis étaient favorables, ainsi que la diarrhée qui survenait vers la fin et qui parfois servait de crise.

Voici la description que fait James Johnson de la fièvre intermittente ou rémittente endémique dans les plaines du Bengale: frissons, douleur et tiraillement de l'estomac, envies de vomir, anxiété précordiale, céphalalgie intense, grand abattement d'esprit, parfois syncope subite, qui est suivi de mouvements spontanés des mains à la tête et à l'épigastre où se font sentir de vives douleurs; langue sale, vomissements d'une grande quantité de matières bilieuses; chez les sujets jeunes et forts, explosion d'un délire violent, démence; pouls petit, accéléré; soif vive. Douze à quatorze heures après l'invasion de l'accès, les sueurs s'établissent et sont suivies d'une rémittence plus ou moins marquée; celle-ci est ordinairement courte, accompagnée encore d'une grande faiblesse et de douleurs à l'estomac. Puis les symptômes reparaissent avec une intensité qui va en augmentant, au point que la rémission disparaît; le pouls devient petit, irrégulier, la langue noire et fuligineuse, le vomissement toujours plus violent. La mort arrive d'ordinaire du troisième au septième accès; quelquefois elle retarde jusqu'au quinzième ou vingtième paroxysme. Les malades succombent avec une teinte jaunâtre, et après avoir vomi des matières noires, semblables à du marc de café.

Dans l'épidémie de fièvres intermittentes observée par le professeur Bakker en Hollande, et surtout à Groningue, en 1826, les accès étaient en général caractérisés par un frisson de peu de durée, souvent accompagné de vomissements bilieux ; la langue, d'abord blanche et couverte d'un enduit muqueux, devenait rouge , sèche et noirâtre ; céphalalgie frontale plus ou moins intense; symptômes apoplectiques, comateux ou délirants ; douleurs vagues dans le dos et les membres, surtout aux extrémités thoraciques ; sensibilité fréquente de la région du foie ; pouls fréquent, légèrement tendu et présentant un caractère particulier ; sueurs abondantes, souvent partielles et bornées à la tête ou au tronc ; urines épaisses, briquetées et rendues avec peine; aphthes remarquables sur la langue, dans la gorge, et annoncées par une vive douleur à l'œsophage et à l'estomac ; diarrhée ou dysenterie ; peau sèche, souvent couverte d'éruptions diverses autour des malléoles. Beaucoup de malades succombaient assez promptement, et quand la fièvre se prolongeait, elle était suivie d'hydropisie, d'une grande débilité au physique, et d'une torpeur extrême au moral.

Les fièvres intermittentes et rémittentes endémiques , sur plusieurs points de la Sardaigne, présentent, d'après le docteur Moris, les symptômes suivants : douleurs sourdes dans les membres, céphalalgie, soif, langue d'un rouge vif et embrasé sur toute son étendue ou seulement à sa pointe et sur ses bords, couverte de mucosités à son centre, ensuite sèche et fuligineuse ; sentiment de plénitude et de tension dans la région épigastrique, où la moindre pression développe de la douleur ; ventre météorisé, constipation ou dévoiement, selles mucoso-bilieuses ; peau sèche et chaude ; pouls petit et fréquent ; délire ou stupeur, abattement et insensibilité plus ou moins prononcés.

Le nombre des épidémies de fièvres intermittentes et rémittentes qui ont été décrites jusqu'à ce jour est déjà si considérable, que nous n'avons eu que l'embarras du choix, et que nous n'en finirions pas si nous voulions exposer toutes les variétés que ces fièvres peuvent offrir, parce que la nature est aussi inépuisable dans les nuances de forme des maladies, que dans celles des physionomies individuelles. Nous avons pensé qu'il fallait avoir recours aux épidémies de fièvres intermittentes et rémittentes pour y trouver des groupes de symptômes plus assortis, plus propres à nous fournir les couleurs des plus grands

tableaux, c'est-à-dire des nuances ou des espèces les plus importantes, les plus graves de ces fièvres, telles que les bilieuses putrides, les muqueuses ataxiques et vermineuses. Pour les nuances les plus légères, comme il est assez facile à chaque médecin de les rencontrer dans sa pratique, nous nous sommes contenté d'en rapporter quelques exemples sous les nos 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448 et 449.

Mais quelque nombreux, quelque variés que soient les groupes de symptômes auxquels on reconnaît en général la fièvre intermittente et rémittente, la source d'où émanent ces symptômes n'en est pas moins uniforme ou à peu près la même dans la grande majorité des cas, c'est-à-dire qu'ils dépendent le plus souvent d'une irritation inflammatoire et subinflammatoire de la muqueuse digestive, comme nous le verrons par l'analyse des symptômes dont il s'agit.

ARTICLE II.

ANALYSE DES SYMPTOMES.

Ce sont les symptômes les plus ordinaires, les plus constants dans les fièvres d'accès, ceux que tous les auteurs reconnaissent leur appartenir, que nous devons examiner : nous nous arrêterons spécialement aux phénomènes qui caractérisent la première période de l'accès, parce que c'est durant cette période que l'irritation est plus vive, plus intense, et fait courir le plus de danger aux malades. Les symptômes qui distinguent les deux dernières périodes ne sont guère que la suite ou la conséquence des premiers; loin d'être, comme ceux-ci, perturbateurs des fonctions organiques, ceux-là sont ordinairement des phénomènes de réaction et de solution, qui annoncent le rétablissement de l'ordre, la tendance à un équilibre plus ou moins parfait. S'il en est quelques uns qui prennent de l'accroissement avec la période de chaleur, ce ne sont que des symptômes généraux ou sympathiques; ils sont, comme la chaleur de la peau, une suite de la réaction vitale qui commence à se faire sentir au loin, qui, des viscères gastriques semble refluer vers le cœur pour accélérer et développer le pouls, sur les poumons pour rendre la respiration plus fréquente, au cerveau pour convertir l'engourdissement passager des fonctions intellectuelles en activité nouvelle. Quelquefois la stimulation ou la congestion portée à l'encéphale, pendant la période dont il s'agit, est poussée trop loin; de là une

céphalalgie plus sensible et mêlée parfois d'inquiétude, d'agitation, et même de délire. Mais, en général, dès que la chaleur gagne les parties externes du tronc et des membres, à mesure que toute la surface cutanée devient rouge et chaude, puis humide et baignée de sueurs, presque toujours on voit disparaître tous les effets locaux et généraux de la congestion viscérale, et le calme, la régularité, se rétablir dans l'exercice des principales fonctions.

Les symptômes qui caractérisent tout accès de fièvre intermittente sont de deux sortes : locaux et généraux ou sympathiques. Les premiers, bien qu'ils soient parfois très peu apparents et plus difficiles à constater, ne sont pas moins très importants, parce qu'ils nous donnent la mesure de la lésion primitive dont l'influence se répand au loin, et développe plus ou moins rapidement tous les autres phénomènes sympathiques ou fébriles. Les symptômes locaux sont l'inappétence, le dégoût, les envies de vomir et les vomissements; un sentiment de gêne et de plénitude, parfois de chaleur et de douleur dans la région épigastrique; une langue blanche ou jaunâtre à son centre, rouge à sa pointe et sur ses bords; soif plus ou moins vive; teinte rouge ou jaunâtre de la conjonctive (1), etc. Parmi les symptômes généraux, les plus constants sont la céphalalgie, une espèce d'engourdissement des fonctions cérébrales, les bâillements, les pandiculations et les douleurs des membres, un sentiment de faiblesse et de malaise général; pouls concentré, irrégulier, plutôt lent que fréquent; sensation de froid qui, des extrémités et du dos, se répand sur toute la surface du corps avec frisson, tremblements; peau sèche, décolorée, âpre au toucher; urines d'abord abondantes et claires, ensuite épaisses et briquetées, etc.

La plupart de ces phénomènes sympathiques et tous les symptômes locaux dont nous venons de parler, ne sont-ils pas à peu près ceux d'un embarras gastrique, d'une fièvre bilieuse ou méningo-gastrique? Ne représentent-ils pas, par leur ensemble et la spécialité du trouble des fonctions digestives, une nuance très marquée d'irritation gastrique ou gastro-entérique? Faut-il absolument en faire une maladie à part, *suî generis*, ou une névrose

(1) Nous appelons tous ces symptômes *locaux*, parce qu'ils se développent sur le prolongement de la même membrane, qui, de l'estomac, va tapisser toutes les parties dont il s'agit.

périodique, parce qu'il y a des frissons et un malaise général un peu plus prononcés, quelques bâillements et pandiculations, en un mot, parce qu'on observe quelques phénomènes particuliers presque toujours accessoires et fort secondaires? Quel est le médecin de bonne foi qui, portant l'analyse dans les symptômes dont nous venons de parler, ne sera pas conduit à reconnaître une irritation de la muqueuse digestive! N'est-ce pas cette irritation périodique qui appelle à l'intérieur le sang et les humeurs qui se trouvent en moins dans les autres parties du corps, d'après le principe *ubi stimulus, ibi fluxus*? N'est-ce pas d'un semblable reflux, ou d'une concentration passagère des fluides sur un ou plusieurs organes, que résulte le frisson qui caractérise l'invasion de toute maladie aiguë? Peut-on douter ici que cette concentration ait lieu sur les organes digestifs, puisque, de tous les phénomènes qui caractérisent un accès de fièvre intermittente, les symptômes gastriques sont les plus marqués et les plus constants? M. Bard, praticien distingué de Beaune, dit qu'en 1827 presque toutes les fièvres intermittentes, qui furent très fréquentes depuis le milieu de l'été jusqu'à la fin de l'automne, étaient toutes caractérisées par des symptômes locaux si fortement prononcés qu'on aurait pu croire d'abord à l'existence d'une véritable gastrite, d'une entérite, d'une méningite, etc. L'on était, ajoute-t-il, d'autant plus disposé à penser que l'état fébrile n'était que l'expression de ce genre de lésion, que les paroxysmes affectaient souvent, dans le principe, un aspect continu, rémittent. Il y eut en général une grande prédominance de l'irritation gastro-duodénale sur toutes les autres (1). On dit (MM. Chomel et Fizeau) qu'il y a des exemples de fièvre intermittente dans lesquels on n'observe le trouble d'aucune fonction en particulier, et qui constituent des fièvres *simples* ou *essentielles!* Mais ces exemples, s'ils ne sont pas encore à trouver, par leur rareté du moins ont échappé à la connaissance de beaucoup d'observateurs anciens et modernes; ils peuvent donc être considérés comme des exceptions qui n'infirment point la règle générale; car quelle règle existe sans exceptions! et si cet axiome est vrai, n'est-ce pas en médecine surtout qu'on peut en faire l'application?

Les symptômes, qui font le sujet de notre analyse, existent constamment à un degré plus ou moins marqué, et sont vraiment

(1) *Bibliothèque médicale de* 1829.

caractéristiques de la fièvre intermittente ordinaire, puisque tous les auteurs les indiquent en première ligne dans la description qu'ils nous en donnent, et puisque ceux-là mêmes qui font jouer un très grand rôle au système nerveux dans la production de cette fièvre, comme Cullen par exemple, ne font presque mention que des symptômes gastriques (1). Dans la description que donnent Boerhaave et Stoll d'un accès de fièvre intermittente en général, on trouve l'anxiété, les nausées, les vomissements, une soif très grande, etc., c'est-à-dire constamment des symptômes gastriques assez marqués. Nous répondrons d'ailleurs avec Pinel à ceux qui veulent de prétendues fièvres intermittentes *simples* et sans aucuns symptômes nerveux, inflammatoires, gastriques, muqueux, etc., et ne présentant que le frisson, la chaleur et la sueur, *qu'ils se font illusion, et qu'ils donnent une existence réelle à ce qui n'est qu'une idée abstraite et générale.* Nul doute, ajoute ce professeur, que les fièvres intermittentes, après une longue durée, ne perdent les signes de leur nature primitive. Mais doit-on, pour reconnaître la véritable nature des objets, ne les considérer que quand ils sont dégénérés ou qu'il n'en reste que des vestiges (2)?

On sait aussi qu'il y a des exemples de fièvre intermittente dans lesquels les symptômes gastriques sont peu prononcés, surtout durant les premiers accès; pour s'en convaincre il suffit d'observer cette fièvre chez les individus d'une constitution lymphatique, nullement irritable, dont l'estomac est habitué à ce genre de souffrance, comme chez l'habitant des pays marécageux. Dans ce cas, cet organe décèlera à peine son mode d'irritation périodique par quelques symptômes locaux ; les phénomènes sympathiques seront également peu prononcés; il n'y aura ni soif, ni rougeur de la langue, ni vomissements, ni douleur de la région

(1) « A l'approche de l'accès de froid, dit Cullen, le désir pour les aliments cesse pour ne revenir que quand le paroxysme est dissipé, ou que la sueur a coulé quelque temps. Il y a, en général, pendant tout le paroxysme, non seulement défaut d'appétit, mais aversion pour tous les aliments solides, et particulièrement pour les nourritures animales. Il survient fréquemment un malaise et une nausée qui augmentent jusqu'à produire le vomissement d'une matière qui est en grande partie bilieuse : ce vomissement met communément fin à l'accès du froid, et amène celui du chaud. A mesure que ce dernier augmente, la nausée et le vomissement diminuent; et, en général, ils cessent entièrement lorsque la sueur reparaît. (*Eléments de médec. prat*, t. I, p. 80.)

(2) *Nosographie philosophique*, t. I.

épigastrique ; la salivation sera seulement augmentée ; la langue blanche et muqueuse, le goût dépravé, l'appétit nul ; il y aura des nausées, des crachements fréquents de matière visqueuse ; quelques borborygmes, des selles en diarrhée avec ou sans coliques, ni épreintes quelconques ; mais enfin tant légère, si peu inflammatoire qu'on la suppose, l'irritation toujours existe, et toujours attaque de préférence la muqueuse digestive dans les cas dont il s'agit ; voilà ce qui est exactement vrai ; voilà ce qu'on ne peut révoquer en doute sans préjugé ou mauvaise foi. Nous venons de préciser des cas dans lesquels l'irritation des organes digestifs est obtuse, chronique, ou à son *minimum* d'intensité ; ne pourrions-nous pas également rappeler ceux où elle arrive à son *maximum*, où elle atteint son plus haut degré d'acuité et de violence, comme dans la plupart des épidémies de fièvres intermittentes et rémittentes, observées à Rome et à Orvietto par Lancisi, à Ferrare, par Lanzoni, en Belgique et en Hollande par Kocker et Bakker, dans le Bengale par Johnson, à Modène par Ramazzini, en Sardaigne par Moris, etc. Alors des gastro-entérites, des gastro-hépatites, des gastro-céphalites se présenteront à nous sous les formes les plus violentes et les plus meurtrières, comme le prouvent les extraits que nous avons donnés précédemment des épidémies dont il s'agit.

Dans l'énumération des symptômes de fièvre intermittente, que nous avons faite pour les soumettre à l'analyse physiologique, nous avons dû nous tenir dans un juste milieu, afin que nos réflexions pussent s'appliquer à la très grande majorité des cas. Voilà pourquoi nous n'avons indiqué que des symptômes gastriques et gastro-entériques très modérés ; mais, tout modérés qu'ils soient, encore restent-ils significatifs aux yeux de l'observateur. La dépravation du goût, la soif ardente, l'aspect d'un rouge vif ou d'un blanc mat de la langue, qui devient ensuite brune et noirâtre ; une bouche tantôt sèche, tantôt couverte d'aphthes et de mucosités, une teinte rouge ou jaunâtre de la conjonctive, etc., ne font-ils pas présumer que cet état de la membrane muqueuse qu'on voit à l'extérieur, n'est qu'une représentation de ce qui se passe là où elle va tapisser la surface interne de l'estomac et des intestins ?

N'est-ce pas sur cette observation qu'est fondée l'investigation attentive qu'on a coutume de faire de l'embouchure supérieure du canal digestif ? N'est-ce pas d'après l'observation et l'expé-

rience que l'état de la bouche, de la langue et des yeux, a été de tout temps regardé comme une représentation assez fidèle de ce qui se passe à l'intérieur? La couleur rouge de la langue et des yeux n'était-elle pas regardée par Hippocrate lui-même comme un signe de lésion abdominale? *Oculorum rubor in febre natus diuturnam ventris molestiam denotat* (1). Et peut-il rester le moindre doute sur la souffrance de l'estomac quand à cet état de la bouche et des yeux se joignent la soif, les nausées, les vomissements, tantôt une douleur locale, tantôt un sentiment de chaleur, de plénitude et de tension dans les régions épigastrique et hypocondriaque? Peut-on douter que la partie inférieure du canal digestif prenne part à cette irritation quand il survient des coliques, des borborygmes et du dévoiement? Il n'est pas rare que l'irritation, en se prolongeant le long de ce canal, n'abandonne peu à peu ou plus ou moins rapidement la partie supérieure pour gagner quelques points très irritables et très disposés à la fixer, comme l'extrémité inférieure des intestins grêles et en particulier de l'iléon. Si elle se porte tout-à-coup sur les gros intestins pour occasionner la diarrhée, elle peut devenir un moyen révulsif dont la nature profite pour la guérison des malades; de là ces fréquentes et heureuses crises de fièvres intermittentes et rémittentes, opérées par la diarrhée et le dévoiement, d'après l'observation de Sydenham, de Pringle, de Huxham, de Lind, de Grant, de Tissot, etc. Qu'arrive-t-il alors? Les humoristes modernes diront-ils, comme les galénistes, que c'est la matière morbifique qui s'en va par les selles, et dont l'évacuation amène ainsi la guérison? ou bien reconnaîtront-ils une irritation secondaire de la partie inférieure du canal digestif, qui en remplace une autre plus grave, en raison des fonctions plus importantes et des relations sympathiques plus étendues de l'estomac? Cette irritation secondaire devient une crise d'autant plus prompte et plus avantageuse qu'elle est souvent purement sécrétoire, et qu'elle amène sans douleur un dégorgement plus ou moins rapide du sang et des humeurs qui avaient afflué sur la muqueuse gastro-intestinale.

Passons maintenant aux phénomènes généraux ou sympathiques qu'on observe ordinairement durant les accès de la fièvre intermittente, comme la céphalalgie, l'engourdissement ou le trouble

(1) *Opera med. coac.*, 40.

des fonctions intellectuelles et sensitives, le malaise général, les lassitudes, les pandiculations, les douleurs dans le dos, dans les membres et les articulations; la petitesse et l'irrégularité du pouls, la difficulté de respirer, etc. Or, tout médecin ne sait-il pas que ces symptômes dépendent de l'influence sympathique qu'exerce sur le cerveau et la moelle épinière, sur le cœur et les poumons, etc., la muqueuse digestive irritée, enflammée? Les bons observateurs ont de tout temps reconnu les relations étroites et continuelles qu'entretient avec tout l'organisme l'estomac sain, et à plus forte raison quand il est malade. Voici comment s'exprime Hoffmann à cet égard : *Nulla pars est in corpore quæ tam conspicuam, ac intimam, cum omnibus corporis locis et organis harmoniam ac sympathiam alat quam ipse ventriculus; adeò ut, si ulla pars quæ exquisitæ sensationis est, etiam longius dissita, præter naturam afficiatur atque moveatur, statim etiam stomachus inde luat, compatiatur et vice versa.* C'est ce grand observateur qui le premier a reconnu que les sentiments de courbature, de lassitude et de malaise général, que les douleurs dans les membres, les pandiculations, etc., provenaient de l'influence symphathique de l'estomac sur la moelle épinière.

Voici un passage de Médicus qui confirme ce que nous venons de dire : « L'estomac et les intestins sont-ils vivement affectés, on voit le philosophe cesser de penser, l'homme le plus fin devenir stupide, le plus courageux un lâche, le plus joyeux sombre et taciturne; la vue la plus perçante s'obscurcit; l'homme le plus éloquent a la langue glacée, l'ouïe la plus fine devient dure, la beauté la plus attrayante est flétrie. Autant cette influence du canal digestif sur les autres organes diversifie ses effets salutaires dans l'état de santé, autant elle les varie désavantageusement dans l'état morbide. On ne sera donc pas étonné que tant de maladies, et surtout les périodiques, dérivent de l'état altéré de l'estomac et des intestins (1). »

« De tous les temps, dit Bordeu, les médecins cliniques sont convenus que l'estomac et les viscères circonvoisins sont les organes les plus féconds en maladies. Il y en a peu en effet où l'estomac ne joue pas au moins le second rôle, et dans lesquelles il ne devienne bientôt principal acteur, à cause de la correspondance qu'il a avec toutes les parties, correspondance qui est

(1) *Traité des maladies périodiques.*

prouvée par une foule de faits. Non seulement les organes de la digestion produisent des changements très remarquables dans l'action du cœur ; mais on peut tenir pour certain qu'ils en produisent aussi dans toutes les autres parties qui empruntent de ces organes plus ou moins de leur force et de leurs mouvements (2). »

Les autres symptômes indiqués, tels que les frissons, les tremblements, le sentiment de froid qui se répand des extrémités à toute la surface du corps, dépendent évidemment du reflux du sang de l'extérieur à l'intérieur, du squelette dans les viscères. Ce qui le prouve c'est la soif plus ou moins vive, le sentiment d'ardeur et de chaleur que les malades ressentent principalement dans la région épigastrique ; c'est le refroidissement et la décoloration de la peau ; c'est la rougeur, la chaleur, la sécheresse des membranes muqueuses, surtout gastrique, comme le prouve l'état de la bouche et de la langue. Le reflux du prétendu fluide nerveux, auquel des médecins veulent faire jouer un si grand rôle dans le développement de la fièvre intermittente, pourrait-il ainsi décolorer la peau, rougir et échauffer l'intérieur? N'est-il pas prouvé aujourd'hui que la source principale de chaleur émane du sang ; que plus il se porte avec force vers un point, et plus son mouvement capillaire y est rapide, plus aussi la chaleur qui s'y développe est considérable ? Le reflux du sang à l'intérieur étant donc admis (et on ne peut le contester), ce fluide doit se répandre dans les viscères suivant les mêmes proportions qu'il s'y distribue dans l'état sain ; car, si les lois qui régissent le corps en santé ne nous apprenaient ce qui doit se passer encore dans l'état de maladie, il n'y aurait rien ou presque rien de certain en médecine. Or, l'on sait que ce sont les membranes muqueuses, que ce sont les parenchymes qui reçoivent le plus de sang dans l'état sain ; c'est donc sur ces organes que le sang, abstraction faite des causes, doit être porté en plus grande quantité durant le frisson de la fièvre intermittente. Ce sont ces organes, et en particulier la muqueuse digestive, qui, selon l'expression de Senac, en sont alors comme *obstrués*. Si maintenant on veut tenir compte de l'action des causes que nous avons vues se porter spécialement sur la muqueuse digestive, on ne sera plus surpris que les symptômes caractéristiques de la fièvre intermittente indi-

(1) *OEuvres complètes*, t. II.

quent une irritation inflammatoire ou subinflammatoire de cette membrane. Cette irritation est toujours produite de la même manière, quelle que soit la cause du reflux ou de la congestion du sang à l'intérieur, qu'il y arrive en quelque sorte expulsé de l'extérieur du corps par l'application de corps froids, des linges mouillés par une averse, par un refroidissement quelconque, ou qu'il y soit appelé par la stimulation déterminée sur la muqueuse digestive par des substances irritantes, solides, liquides ou gazeuses, par des aliments et des boissons pris en trop grande quantité ou de mauvaise qualité, et surtout par l'influence des effluves marécageux ou de gaz putrides et délétères quelconques. Senac, malgré sa théorie hypothétique sur les fièvres intermittentes, avait pourtant admis comme un fait positif que l'estomac était irrité par le sang qui s'accumulait dans cet organe pendant la période de froid d'un accès fébrile. *In stomachi regione tunc* (*in periodo frigoris*) *exurgunt spasmi qui ex sanguinis stagnatione et irritatione deduci debent* (1). « Dans le frisson fébrile, dit M. Alard, comme pendant l'action d'un froid extérieur très intense, non seulement le sang et les humeurs, mais encore la chaleur et la sensibilité sont chassés de la peau et très violemment portés sur les membranes muqueuses ; ce qui établit dans ces dernières un état de pléthore, de surexcitation, de phlogose même, qu'on reconnaît à plusieurs signes non équivoques, ainsi qu'à des altérations organiques encore plus certaines (2).

Quant aux frissons, aux bâillements, aux pandiculations, à l'engourdissement des fonctions intellectuelles, etc., ne les voyons-nous pas se développer assez souvent, mais à un moindre degré, dans l'état de santé? D'où nous paraissent-ils dépendre alors, et quand les observons-nous ordinairement? N'est-ce pas quand on s'est trop long-temps livré à des travaux intellectuels, quand les fonctions de relation ont été trop vivement et trop long-temps exercées, ou bien quand les fonctions digestives sont livrées à une action pénible et trop souvent répétée? Car il est prouvé que ces deux ordres de fonctions ne peuvent s'exercer en même temps avec avantage, ni présenter à la fois un développement de forces considérable. L'activité des premières, par exemple, semble exclure celle des secondes, *et vice versâ*. Quand l'économie distribue inégalement ses forces et son activité, il faut nécessairement

(1) *Op. cit.*, p. 30.
(2) *Du siége et de la nature des maladies*, t. II.

que des organes et des fonctions aient en plus ce qui est en moins dans les autres. En effet, nous avons des bâillements, des pandiculations dans l'état de santé, lorsque l'action, l'énergie est en moins du côté des fonctions de relation ; lorsque nous ne pouvons nous livrer à des travaux intellectuels, ni même corporels, quand une lassitude générale nous empêche de rien entreprendre, quand nous avons besoin de repos et de sommeil. On est sujet à des bâillements, à des pandiculations quand on souffre à écouter quelque chose qu'on ne comprend pas ou qui déplaît ; nous éprouvons ces phénomènes et une inaptitude très marquée aux travaux intellectuels, quelquefois même de légers frissons, après nos repas, surtout lorsqu'ils ont été copieux ou plus substantiels que de coutume ; nous avons aussi des frissons, et parfois de légers tremblements, à la suite d'affections vives de l'âme, comme la crainte, la terreur, la colère. Dans tous ces cas, on éprouve presque toujours un sentiment de gêne et de malaise vers la région épigastrique ; toutes ces impressions pénibles sont portées au centre nerveux des ganglions (plexus solaire) qui réagit aussitôt sur la muqueuse digestive. C'est ainsi que cette membrane, véritable sens interne qui nous avertit de nos besoins nutritifs et où vont retentir toutes nos émotions vives de plaisir ou de peine, se trouve dans beaucoup de circonstances irritée sympathiquement sans constituer un état morbide ; mais cet état ne tarde point à se développer si quelques causes plus énergiques ou plus matérielles viennent se joindre à celles dont il s'agit ; il suffit alors de la moindre inégalité de régime, de quelques aliments pris en trop grande quantité ou avec dégoût, pour provoquer un embarras gastrique, une cardialgie, des vomissements pénibles et une irritation idiopathique plus ou moins intense. On sait d'ailleurs que le frisson par lequel commence tout accès de fièvre intermittente, caractérise également le début de toute fièvre aiguë continue. Un accès fébrile quelconque ne présente-t-il pas tous les phénomènes de la période d'invasion ou d'irritation de toute affection viscérale un peu importante ? N'est-ce pas ce qui se passe au début d'une pneumonie, dont personne n'imaginera de faire une *névrose cérébro-spinale*, parce qu'elle aura débuté par des frissons, des douleurs de tête, des courbatures et un sentiment général de fatigue et de brisement dans les membres, etc. Prenons pour exemple la première période du typhus de Hildebrand, période qu'il appelle lui-même inflamma-

toire, et nous verrons un frisson entremêlé de bouffées de chaleur, accompagné d'horripilations très fortes, surtout dans le dos, et auquel succède une chaleur sensible au tact et fatigante pour le malade; puis la soif, le désir des boissons froides, acidules, etc. « Il n'y a point d'espèce de fièvre, dit Hoffmann, qu'elle soit continue ou intermittente, qui, dans son invasion et ses exacerbations, ne manifeste un refroidissement des parties extérieures du corps, un resserrement des pores de la peau, une détumescence des vaisseaux superficiels, des horripilations, une suppression de la transpiration, etc. » Si ces frissons ne se répètent pas durant le cours d'une fièvre ou d'une phlegmasie continue, c'est qu'ils supposent toujours un changement brusque et considérable dans l'économie, un surcroît d'irritation ou de congestion locale, soit l'exacerbation d'une maladie continue, soit le passage à l'état aigu d'une affection chronique. Une dernière preuve que les choses se passent ainsi dans l'estomac durant le frisson des fièvres intermittentes, c'est qu'il est bien prouvé et reconnu que, pendant cette période, l'estomac ne peut supporter aucun médicament, aucun aliment solide ni liquide, et qu'il rejette même ceux qui, introduits quelques heures auparavant, n'auraient pas encore été digérés quand survient le frisson fébrile; de là, comme nous le verrons, l'inopportunité et même le danger d'administrer le quinquina pendant l'accès d'une fièvre intermittente ou peu de temps avant son retour.

Quant aux symptômes qui caractérisent spécialement la dernière période de l'accès, comme la rougeur et la moiteur de la peau, la fréquence et le développement du pouls, les sueurs plus ou moins considérables, les urines briquetées, etc., ils ne présentent non plus rien d'extraordinaire et dont on ne puisse se rendre compte facilement. N'admettant pas qu'il y ait une *matière morbifique* à *cuire*, à *élaborer* et à *chasser*, nous ne verrons dans cette chaleur, ces sueurs, etc., que des phénomènes de réaction très naturels par suite d'un reflux du sang et des humeurs de l'intérieur à la surface du corps dont on remarque de fréquents exemples dans l'état de santé. Ne voyons-nous pas se développer les phénomènes dont il s'agit, après un travail pénible et très accéléré, après une course rapide? Ne voit-on pas, après une affection morale très vive et très agréable, l'extérieur du corps s'épanouir en quelque sorte, la peau s'échauffer, se colorer? Qu'au sortir d'un bain froid, on se place promptement

dans un lit bien chaud, aussitôt on éprouve une douce moiteur bientôt suivie d'une sueur plus ou moins abondante. Nous ne regarderons pas les urines sédimenteuses comme une crise dans le sens qu'attachaient à ce mot les anciens, c'est-à-dire comme une évacuation *dépuratrice* et sujette à des périodes régulières, ou comme l'élimination de la partie la plus tenace de la matière morbifique, et qui, pour cette raison, ne peut être expulsée par les sueurs! Nous considérerons ces phénomènes critiques ou cette augmentation de certaines évacuations comme un déplacement de l'irritation congestive inflammatoire ou subinflammatoire qui a provoqué l'accès fébrile : c'est une irritation physiologique qui succède à une irritation pathologique, et qui, du système capillaire sanguin ou du système lymphatico sécrétoire de la muqueuse digestive, se porte sur les organes sécréteurs de l'urine et de la transpiration cutanée. Il en résulte pour ces organes un surcroît d'action qui ne va point au-delà de l'état normal; c'est une espèce d'irritation transitoire ou supplémentaire qui s'interpose entre l'état morbide et l'état de santé, qui sert de transition de l'un à l'autre, et auquel la nature semble avoir recours pour rétablir d'une manière lente et graduée l'équilibre des fonctions troublées par l'accès fébrile.

Nous avons dit que cette irritation critique ou supplémentaire du système sécréteur cutané et rénal, ne constituait point une maladie; cela ne doit s'entendre que du plus grand nombre des cas, parce qu'il arrive quelquefois que cette augmentation d'action des exhalants cutanés et des organes sécréteurs de l'urine, est portée assez loin pour qu'il en résulte un véritable état morbide, comme des sueurs colliquatives et le diabète. Ce n'est là ni une supposition, ni une conséquence forcée de la théorie que nous avons adoptée, c'est une vérité que nombre de faits confirment : Sydenham, par exemple, a remarqué que les vieillards qui ont depuis long-temps la fièvre intermittente et qui sont traités imprudemment par les saignées répétées ou les purgatifs, tombent dans le diabète quand leur fièvre disparaît. Scaramucci (1) et Jean-Jacques Schenchzer (2) ont observé des exemples de flux diabétiques à la suite de fièvres intermittentes guéries trop promptement ou traitées par les martiaux. On rapporte

(1) *Theoremata physico-medica.*
(2) *Act. nat. cur.*, t. II.

aussi l'exemple d'un homme qui avait été attaqué de fièvre double-quarte au commencement de l'automne, et qui, ayant négligé les moyens convenables, fut délivré de sa fièvre vers le solstice d'hiver par un écoulement d'urine qui dura cinq semaines, et qui avait graduellement augmenté au point que le malade en rendait plus de seize livres par jour, quoique la quantité des aliments solides et liquides qu'il prenait ne dépassât pas cinq livres (1). Barthez a vu un homme, atteint de fièvre intermittente, qu'on eut l'imprudence de saigner pendant le frisson d'un accès; il fut délivré de sa fièvre, mais elle fut remplacée par un diabète excessif qui jeta promptement ce malade dans le dernier épuisement. Ce célèbre patricien parvint à le guérir en le mettant à l'usage d'une eau de rouille et d'une infusion de quinquina dans l'eau seconde de chaux.

Nous venons de voir, par l'analyse du groupe de symptômes qui caractérise en général tout accès de fièvre intermittente, que les plus constants, les plus nombreux et les plus importants de ces symptômes indiquaient une irritation congestive, inflammatoire ou lymphatico-sécrétoire de la muqueuse digestive. Nous avons vu, par le rapprochement des symptômes généraux, sympathiques ou accessoires de l'accès fébrile avec d'autres phénomènes analogues observés dans l'état sain, qu'ils concouraient aussi à prouver la même affection gastro-entérique. Donc cette fièvre n'est point *essentielle;* donc elle peut être considérée comme symptomatique d'une irritation ayant ordinairement son siége dans les organes digestifs.

CHAPITRE IV.

MODES PARTICULIERS DE DÉPLACEMENT ET DE TERMINAISON DES FIÈVRES INTERMITTENTES.

Il n'est point rare que les fièvres d'accès se terminent ou soient remplacées par des affections locales bien manifestes, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur. Ainsi on a vu des éruptions cutanées, des érysipèles, des rhumatismes, des clous, des phlegmons, etc., survenir durant le cours de quelques unes de ces fièvres et les

(1) Déc. 1er, an II, obs. 143.

remplacer par une espèce de mouvement critique. On a vu de même à l'intérieur, des toux, des catarrhes, des angines, des diabètes, des diarrhées, des dysenteries, etc., servir de crises à des fièvres intermittentes; on a même vu les inflammations dont il s'agit alterner avec ces fièvres. En effet, si les inflammations ou subinflammations qui avaient remplacé les fièvres d'accès venaient à disparaître brusquement par une cause quelconque, ces fièvres revenaient, *et vice versâ*. Nous pourrions à l'appui de ce que nous disons, invoquer des autorités recommandables et citer nombre de faits : Sydenham, Grant, Huxham, ont non seulement reconnu une très grande analogie et saisi beaucoup de rapports entre les fièvres intermittentes et certaines phlegmasies des viscères; mais ils ont encore observé que ces fièvres étaient souvent remplacées par ces mêmes phlegmasies, et surtout par des diarrhées, des dysenteries, des catarrhes pulmonaires, etc. « Dans les garnisons de Flandre, dit Grant, où l'on traite la gonorrhée par de fréquents purgatifs, cette affection est toujours suivie en peu de temps d'une fièvre d'accès. Si la fièvre survient avant que la gonorrhée soit guérie, celle ci est ordinairement emportée... Les toux d'hiver, dit-il ailleurs, sont souvent compliquées avec la fièvre d'accès; cette fièvre exige alors un traitement particulier, parce que, dans ce cas, la péripneumonie est l'affection principale et la fièvre ne doit être considérée qu'après elle (1). »

Dekker a observé en Hollande, dans le mois d'août 1691, des fièvres intermittentes quotidiennes et double-tierces qui dégénéraient en dysenterie vers le quatrième accès, ou qui étaient jugées par une éruption de pustules semblables à la petite-vérole. Du moment que l'éruption était établie, la fièvre cessait; si les malades avaient alors l'imprudence de s'exposer au froid et d'empêcher le cours de l'affection cutanée, aussitôt les accès de fièvre revenaient plus forts qu'auparavant.

Les fièvres tierces, d'abord simples, puis pernicieuses après un certain nombre d'accès, que Lancisi a observées à la fin de l'été 1694, se jugeaient fréquemment le sixième jour par une hémorrhagie nasale et un flux copieux d'urines épaisses ou par la dysenterie. Haller à Breslaw, en juin 1701, Lanzoni à Ferrare, en 1728, ont observé des fièvres tierces et double-tierces qui se

(1) *Recherches sur les fièvres*, t. I.

terminaient souvent par des éruptions scabieuse et pustuleuse. Ramazzini a vu les mêmes fièvres, en 1790, se juger par des parotides qui entraient promptement en suppuration. Lind cite des rémittentes bilieuses qui se terminaient par une gale sèche répandue sur toute la surface du corps. Dans l'épidémie de fièvres rémittentes bilieuses et pernicieuses qui parut à Vienne en 1789, Careno observa qu'un surcroît de toux avec expectoration de crachats épais et muqueux, joint à l'abondance des sueurs et des urines, suffisait pour faire cesser sans retour les fièvres dont il s'agit. Quarin dit qu'en automne il n'est pas rare de voir les fièvres intermittentes se terminer par des affections diarrhéiques ou dysentériques.

Dans l'épidémie de Gœttingue, si bien observée et décrite par Rœderer et Wagler, on voit des fièvres muqueuses intermittentes survenir à la fin de l'été, être très fréquentes en automne quand les vicissitudes atmosphériques sont très marquées ; plus tard, dès que le froid se prononce, on voit ces fièvres devenir rémittentes ou continues et faire place à des dysenteries, à des catarrhes, à des péripneumonies, etc. On voit au printemps, lorsqu'il se manifeste de nouveau des variations atmosphériques très sensibles, les mêmes fièvres reprendre le type intermittent et succéder aux catarrhes, aux dysenteries. Or, peut-on dire que ces fièvres intermittentes, ces fièvres rémittentes et continues, ces dysenteries, ces catarrhes, soient autant d'affections particulières et d'une nature différente, quand on les voit se succéder les unes aux autres, alterner entre elles, et se remplacer réciproquement ? N'est-il pas plus rationnel de les considérer toutes comme la suite ou la continuation de la même maladie muqueuse, qui ne fait que changer de forme en changeant de place, et qui adopte tantôt le type intermittent, tantôt le type rémittent et continu ?

Dans l'épidémie de fièvres intermittentes et rémittentes de Walcheren, on voyait souvent, d'après le rapport de Hamilton, les fièvres dont il s'agit commencer et finir par une diarrhée ou une dysenterie.

Le professeur Pinel dit que la fièvre inflammatoire (continue et intermittente) se termine quelquefois par des phlegmons, des abcès, des éruptions cutanées, et qu'elle peut passer à l'état de phlegmasie, comme de péripneumonie, de catarrhe, d'angine, etc. Il ajoute que « les diverses métastases dont les fièvres sont susceptibles offrent un ordre de changements qui semblent porter

avec eux l'idée d'un effort salutaire, et supposer deux objets très distincts, une *lésion interne quelconque*, et une tendance active à la réparer en la remplaçant par une autre affection moins grave et moins à craindre. »

Nous pourrions encore nous appuyer d'un très grand nombre de faits parmi lesquels nous indiquerons les suivants : Morton a vu plusieurs exemples de fièvres intermittentes dont la terminaison a été suivie d'affections goutteuses et rhumatismales ; d'autres qui alternaient, tantôt avec une ophthalmie, tantôt avec une diarrhée. Torti a observé une fièvre pernicieuse hépatique, qui s'est terminée par le développement d'une tumeur phlegmoneuse, fixée aux environs de l'anus, qui s'ouvrit et suppura pendant quelque temps. Thomas Bartholin a décrit une épidémie de fièvres tierces qui se terminaient fréquemment par des abcès au cou, des éruptions cutanées, des tumeurs aux pieds et des diarrhées. Juncker et Neuter ont vu des fièvres intermittentes se terminer par des affections cutanées. Strack en a vu fréquemment qui ont été remplacées par des dysenteries ; Sauvages, par des rhumatismes et l'ophthalmie ; il a vu celle-ci alterner avec une fièvre quarte chez un jeune homme qui était délivré de sa fièvre toutes les fois que l'ophthalmie survenait, et lorsque celle-ci disparaissait, la fièvre quarte récidivait. « Ces retours alternatifs de fièvre et d'ophthalmie ne laissaient aucun doute, dit Sauvages, qu'il ne se fît une métastase. »

Lucadou a vu deux fièvres tierce et double-tierce qui menaçaient de devenir pernicieuses, quand elles firent crise, l'une par une énorme parotide qu'on ouvrit et dont on favorisa la suppuration ; l'autre, par une tumeur inflammatoire très élevée et d'une étendue égale à celle de la paume de la main, qui se développa sur les première et deuxième vertèbres des lombes.

Campbell rapporte l'exemple d'une blennorrhagie qui alterne avec une fièvre intermittente. Trois fois de suite la blennorrhagie disparaît quand la fièvre se déclare. Tant que les accès de celle-ci se répètent, point de traces de la phlegmasie urétrale ; quand les accès de la fièvre cessent, la blennorrhagie reparaît, *et vice versâ*.

Le docteur Ghisi, de Crémone, a observé chez son fils l'exemple d'une angine aiguë et fébrile qui alternait avec une fièvre tierce ; il dit aussi avoir vu des fièvres tierces opiniâtres qui s'amendaient tout-à-coup et se suspendaient au moment où des érup-

tions cutanées, telles que la rougeole ou la petite-vérole, se déclaraient. Dumas cite l'exemple d'une fièvre quotidienne qui avait résisté aux purgatifs et au quinquina, et qui fut guérie par une éruption galeuse, chez un militaire âgé de vingt-cinq ans, qui avait déjà eu précédemment cette dernière affection.

M. Dufau rapporte l'exemple d'une fièvre tierce qui fut arrêtée au troisième accès par le développement d'un érysipèle à la face qui persista seul quelques jours, et acheva la guérison de la malade. On voit sous le n° 440 une crise de fièvre d'accès par des furoncles.

D'autres fois, au contraire, ce sont les fièvres intermittentes qui remplacent des affections cutanées : Caron d'Annecy rapporte l'exemple d'une fièvre quarte qui débarrassa une femme d'une affection érysipélateuse qui l'incommodait tellement qu'elle aima mieux garder la fièvre que de s'exposer au retour de la phlegmasie cutanée, en la supprimant; mais il survint un engorgement considérable de la rate avec perte d'appétit, soif continuelle, insomnie et œdématie des extrémités, qui forcèrent d'attaquer la fièvre; celle-ci céda au quinquina, et l'érysipèle ne revint pas.

On trouve, tome VII des *Annales de la médecine physiologique*, l'exemple d'un gonflement inflammatoire du genou, qui se termina par le transport de l'irritation externe dans les viscères gastriques, où elle produisit des accès de fièvre tierce. Dans le tome précédent du même recueil, on voit, au contraire, une fièvre tierce gastrique se terminer par le développement d'une tumeur inflammatoire à la cuisse du malade. Le docteur Pacoud a observé chez deux malades des fièvres intermittentes qui alternaient avec des ulcères aux jambes; quand les ulcères se cicatrisaient, la fièvre revenait; puis elle disparaissait chaque fois par le retour de l'affection cutanée.

On trouve, dans le *Bulletin des sciences médicales pour l'année* 1825, l'exemple d'un sexagénaire atteint d'une fièvre tierce qui alternait avec un rhumatisme de l'épaule gauche; quand le rhumatisme disparaissait, la fièvre revenait, *et vice versâ*. On voit encore sous le n° 506 une observation de fièvre intermittente qui alterne avec une éruption cutanée.

De tous ces faits nous tirerons une première conséquence qui ne paraîtra ni forcée, ni bien nouvelle, puisque Hoffmann a déjà dit : *Morbi, imo febres quæ cum exanthematibus, critico motu,*

expulsis fiunt, stabilem et fixam suam sedem maxime in prima regione habent. Nous n'en tirerons pas seulement avec Hoffmann la conséquence que la plupart des fièvres intermittentes ont leur siége dans les premières voies; nous conclurons encore que l'affection dont ces fièvres sont symptomatiques est de nature inflammatoire. En effet, quand on voit d'autres affections dont la nature n'est point douteuse, comme des pneumonites, des pleurites, des hépatites, etc., se terminer heureusement par des phlegmasies externes, critiques ou de déplacement, telles que phlegmons, clous, rhumatismes, érysipèles, et diverses éruptions cutanées; quand on voit ces dernières affections, imprudemment répercutées, provoquer d'autres phlegmasies plus ou moins graves dans les viscères, le médecin physiologiste peut-il se contenter de voir et de noter ces déplacements critiques, ces transmutations morbides si remarquables et si fréquentes? ne doit-il pas réfléchir sur la manière dont ils s'opèrent? ne doit-il pas les étudier, les suivre dans leur développement, afin de surprendre en quelque sorte la nature dans ses opérations, afin de distinguer les cas où il devra lui-même les favoriser, ou les prévenir; en un mot, afin d'en tirer des conséquences utiles pour le diagnostic et le traitement? Ainsi qu'une éruption cutanée, un érysipèle, un rhumatisme, un phlegmon, etc., donnent lieu, par leur répercussion, à une affection du poumon ou de l'estomac, le médecin observateur ne jugera-t-il pas tout de suite quelle est la nature de cette affection consécutive? Eh bien! pourquoi n'en serait-il pas de même quand, par un mouvement avantageux, une affection profonde vient à disparaître par le développement d'une autre ordinairement plus légère qui s'établit à l'extérieur? Nul doute, d'après tout ce que nous venons de voir, qu'on ne puisse juger avec une grande probabilité, par la nature de l'affection critique, de celle qui caractérise la lésion viscérale qu'elle remplace. En effet, n'est-il pas bien prouvé que ce sont ordinairement des affections analogues qui se remplacent réciproquement et par une espèce de mouvement critique? On ne voit pas des névralgies se terminer par des pleurites et des gastrites, tandis qu'on observe fréquemment des érysipèles, des éruptions cutanées, imprudemment répercutés, qui se portent sur les membranes muqueuses et séreuses. On voit bien souvent la terminaison brusque et rapide d'une phlegmasie externe quelconque provoquer le développement d'une autre phlegmasie dans

les viscères. Il en est de même du déplacement des irritations de l'intérieur à l'extérieur ; on ne voit pas une affection nerveuse interne se terminer par une phlegmasie cutanée, ni une inflammation des viscères être remplacée par une névralgie. Ce sont, dans l'état de santé, les fonctions analogues qui se suppléent réciproquement, et ce sont, dans l'état de maladie, des affections de même nature qui se remplacent ou se succèdent les unes aux autres par un mouvement critique. C'est là une loi assez constante dans l'organisme, bien que l'importance en ait été longtemps méconnue ; c'est une loi digne à plusieurs égards de fixer l'attention de tout médecin observateur et surtout praticien. Sans doute cette loi, comme toutes nos lois physiologiques et pathologiques, est sujette à des exceptions; mais les exceptions ne renversent pas des lois générales, ou déduites de la généralité des faits.

Au mode de terminaison de la fièvre intermittente dont nous venons de parler, nous en joindrons un autre qui est assez fréquent, et qui prouve également que cette fièvre est symptomatique d'une affection locale dont il suffit d'éloigner la cause pour la faire cesser. Le mode de terminaison dont il s'agit résulte de l'évacuation de corps étrangers, et surtout de vers contenus dans le canal digestif, évacuation qui peut être suivie de la guérison instantanée de la fièvre intermittente, comme l'atteste un grand nombre de faits consignés dans les annales de l'art.

Thomas Bartholin rapporte qu'il a observé, en 1659, à Copenhague et aux environs de cette ville, beaucoup de fièvres rémittentes et intermittentes pernicieuses, accompagnées de douleurs violentes à l'estomac, et qui guérissaient spontanément par le vomissement d'un certain nombre de vers. Il dit en outre que le docteur Ahasverus Payngt a vu souvent des exemples semblables dans son hôpital. Forestus rapporte l'observation d'un enfant, âgé de trois ans, qui fut guéri subitement d'une fièvre intermittente erratique par l'expulsion de plusieurs vers. Pollini cite l'exemple d'une jeune domestique qui fut guérie de la même manière d'une fièvre quarte. Rivière a observé plusieurs cas de fièvres intermittentes qui ont été terminés sans retour après la sortie spontanée ou provoquée d'un nombre de vers plus ou moins considérable. Il rapporte, entre autres, l'observation d'un citoyen de Montpellier, âgé de trente ans, qui, ayant une fièvre tierce, prit une once d'eau bénite qui lui fit rendre un tænia long de sept pieds, et qui le débarrassa de sa fièvre.

On sait que plusieurs médecins, entre autres Lancisi, Deguer, Vanderbosch, Moréali, etc., ont observé des épidémies de fièvres pernicieuses vermineuses, dans lesquelles les uns regardent les vers comme une complication de la fièvre intermittente, les autres comme la cause de cette fièvre. Moréali, qui avait adopté cette dernière opinion, rapporte qu'il a souvent guéri les fièvres rémittentes malignes, qu'il a observées en 1734 et 1735, par l'administration des enthelmintiques, et en particulier du mercure.

Ch. Winclerus rapporte qu'une fille de quinze ans, affectée de fièvre double-tierce, qui lui avait déjà fait perdre beaucoup de force, prit un purgatif qui lui fit évacuer plusieurs vers d'une longueur prodigieuse, et qui dès lors ne ressentit plus aucun indice de fièvre. On trouve, dans les *Éphémérides des curieux de la nature*, un grand nombre de faits qui tous prouvent que des fièvres intermittentes ont été rapidement guéries par l'expulsion d'un nombre de vers plus ou moins considérable. On y voit, entre autres, un exemple de fièvre tierce et deux exemples de fièvre quarte qui ont été arrêtées subitement de cette manière. On y trouve aussi des exemples de fièvres quartes qui ont été dissipées par le vomissement de morceaux de chair de différente nature et de diverses formes.

Joseph Frank dit que le docteur Edmond Schmuck lui a communiqué une observation de fièvre intermittente produite par un morceau de lard cru qui était resté dans l'estomac. Cette fièvre avait résisté à l'emploi du quinquina, et ne disparut que quand le malade eut vomi ce lard.

Ce même praticien dit avoir vu un soldat qui, après avoir mangé des champignons, éprouva tous les symptômes qui sont la suite d'un véritable empoisonnement. On lui administra un émétique qui lui fit évacuer une grande quantité de champignons et de bile. Le malade parut d'abord guéri; mais il lui survint bientôt une fièvre quarte qu'on traita inutilement par le quinquina. Alors on eut recours de nouveau à l'émétique, qui provoqua le vomissement d'un champignon qui était encore resté dans l'estomac; depuis ce moment la fièvre fut guérie sans retour.

On rapporte (*Revue médicale*, 1829) l'exemple d'une fièvre intermittente entretenue par la présence du tænia. On emploie en vain contre cette fièvre toutes les préparations de quinquina

et des amers les plus efficaces; elle ne cède qu'à l'usage de deux onces d'huile de ricin et autant d'écorce de racine de grenadier; des selles abondantes ont lieu; une masse énorme de tænia est rendue, et la fièvre d'accès ne revient plus. Enfin nous avons rapporté précédemment des exemples de fièvre intermittente provoqués sympathiquement par une odontalgie, par la plaie d'un vésicatoire, par la présence de la sonde dans l'urètre, et guéris presque instantanément par l'éloignement de ces causes occasionnelles.

Ces faits, dont nous pourrions multiplier les exemples, ne prouvent-ils pas que la fièvre intermittente était due, dans les cas dont il s'agit, à une irritation locale, à une lésion quelconque idiopathique ou sympathique de la muqueuse digestive? Si cette fièvre eût été *essentielle,* si elle eût consisté dans une *affection vitale*, *suì generis,* en un mot, dans un groupe de symptômes existants par eux-mêmes ou indépendants des organes, conçoit-on qu'elle eût pu disparaître subitement par la soustraction de causes matérielles qui n'agissaient que sur ces mêmes organes? Comment des vers ou d'autres corps étrangers auraient-ils emporté avec eux des maladies *essentielles* et *générales*? Nous ne pouvons le concevoir; aussi sommes-nous convaincu que tout médecin non prévenu et de bonne foi ne verra comme nous, au moins dans les cas dont il s'agit, rien d'*essentiel*, si ce n'est l'irritation locale entretenue par la présence de corps étrangers, et regardera la fièvre intermittente, ou le groupe de symptômes qui la représente, comme le résultat ou le produit de cette irritation.

De ces différents modes de terminaison de la fièvre intermittente, soit par l'expulsion du canal digestif de certains corps étrangers, soit par le développement à l'extérieur et à l'intérieur de diverses phlegmasies qui ont remplacé cette fièvre ou qui ont alterné avec elle par une espèce de mouvement critique, nous tirerons la double conclusion que la fièvre intermittente n'est point *essentielle,* mais qu'elle est encore symptomatique d'une affection locale ordinairement fixée sur les organes digestifs.

Nous allons maintenant faire connaître l'opinion d'un grand nombre d'auteurs plus ou moins célèbres, relativement au siége des fièvres intermittentes; nous verrons combien ils sont, pour la plupart, en contradiction avec eux-mêmes, en créant d'abord un *principe morbifique* pour se rendre compte du groupe de

symptômes qu'ils nomment *fièvre essentielle*; puis, en reconnaissant l'existence de *matières âcres, putrides, bilieuses, pituiteuses*, etc., qui *irritent*, *altèrent* le canal digestif, qui *engorgent* le foie, *obstruent* la rate, et *produisent* toutes les altérations organiques *reconnues pendant la vie, et trouvées après la mort*, chez les individus affectés de fièvre intermittente. Ne serait-ce pas ici le cas de dire, avec le professeur Pinel, « Former sans cesse un alliage impur de raisonnements vides et d'explications gratuites sur le jeu des humeurs, sans se fonder ni sur l'observation, ni sur les recherches anatomiques; admettre, suivant le langage des écoles, une prétendue pituite (ou toute autre humeur et principe vicieux) qu'on fait circuler librement dans le sang, à laquelle on attribue les obstructions du foie, de la rate, du pancréas, et, ce qui est pis encore, fonder sur ce roman médical les principes du traitement des fièvres; c'est le moyen le plus sûr de tenir toujours la médecine dans un état d'enfance (1). »

Nous rappelons avec d'autant plus de raison le jugement porté sur l'humorisme par le professeur Pinel, que plusieurs médecins, comme nous le verrons, font aujourd'hui les plus grands efforts pour donner de l'importance ou quelque apparence de vérité au système dont il s'agit. Le brillant éclat du solidisme physiologique fatigue les yeux de l'obscurantisme médical; de là son élan pour rajeunir et remettre en crédit des opinions surannées et hypothétiques sur le jeu des humeurs et sur leur influence dans le développement des phénomènes morbides et des lésions organiques. Nos devanciers étaient du moins conséquents lorsqu'ils admettaient d'une part des fièvres essentielles, et de l'autre des matières âcres et putrides pour altérer les organes. Chose remarquable! les anti-physiologistes et les humoristes de nos jours consentent à rejeter l'hypothèse de l'*essentialité* des fièvres, et ils ne veulent pas que ces fièvres soient symptomatiques des lésions locales qu'on trouve chez les individus qui en sont les victimes! A la place de l'essentialité ils ont imaginé tantôt un *affaiblissement de l'innervation*, tantôt *un vice du sang et des humeurs*. En cela qu'ont-ils fait si ce n'est de changer les noms de *matière morbifique* et d'*essentialité* pour leur en substituer d'autres qui ne valent pas mieux?

(1) *Nosog. philos.*, t. I.

CHAPITRE V.

ACCORD UNANIME DES AUTEURS LES PLUS CÉLÈBRES TOUCHANT LE SIÉGE DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE.

Nous avons dit, en plaçant le siége habituel de la lésion locale qui provoque la fièvre intermittente dans le canal digestif et ses annexes, que c'était là l'opinion unanime de la plupart des auteurs les plus connus, bien que, sous d'autres rapports, ils aient imaginé diverses hypothèses ou créé différents systèmes dont le temps et l'observation ont fait justice. Nous allons faire l'énumération de ces auteurs en commençant par Hippocrate. C'est dans les premières voies que le père de la médecine indique le siége et fait résider la cause des fièvres intermittentes, quotidiennes et tierces, qu'il attribue à un surcroît de bile; quant à la fièvre quarte, c'est dans la rate qu'il en place le siége, et il l'attribue à l'atrabile.

Un des plus célèbres successeurs d'Hippocrate, qui vécut peu de temps après lui et auquel Pline ne craint pas de le comparer, Dioclès, attribue la plupart des fièvres intermittentes à des humeurs qui s'accumulent et s'altèrent dans les premières voies. Cet illustre médecin n'a-t-il pas, à une époque si éloignée de nous, paru entrevoir la vraie théorie des fièvres en général, lorsque, rapprochant la fièvre essentielle de celle qui accompagne une inflammation externe, une blessure, etc., il dit que tout porte à croire qu'il se passe dans celle-là quelque chose de semblable à ce qui a lieu dans celle-ci? *Quod evidentes causæ faciunt, facere etiam abditæ possunt.*

Suivant Asclépiade, la cause de toute fièvre, comme de toute inflammation, c'est un *engorgement quelconque.* Ce célèbre médecin regardait les obstructions abdominales comme la cause des fièvres intermittentes.

Galien fait provenir toutes les fièvres d'un vice quelconque ou de l'altération des humeurs. Chaque fièvre intermittente, selon la théorie galéniste, provient d'une humeur viciée qui lui est propre et dont le siége est différent; ainsi, la fièvre quotidienne tient à l'altération de la pituite contenue dans l'estomac; la fièvre tierce est produite par une bile dégénérée, et a son siége dans le

foie ; la fièvre quarte est due à la putrescence de l'atrabile, et réside dans la rate. Cette opinion, relativement au siége et à la cause des fièvres intermittentes, a été ensuite partagée par toute la série des galénistes purs et par un grand nombre d'humoristes.

Sylvius, Dippel, Jean Roger, etc., attribuent les fièvres intermittentes à l'âcreté, à l'épaississement de la bile et du suc pancréatique, qui ferment les conduits des organes sécréteurs, et d'où résultent, selon eux, les *empâtements* du ventre et par suite les fièvres dont il s'agit. Cornelius Gemma place le siége de la fièvre quotidienne dans l'estomac, celui de la fièvre tierce dans la rate, et celui de la fièvre quarte dans les hypocondres et les capsules atrabilaires. Voici ce que dit Rivière à cet égard : *Humores qui intermittentes, præsertim tertianas febres, producant, in primâ potissimum regione cumulantur ; hepate nimirum, cystide felleâ, ventriculo, mesenterio, pancreate aut venis illarum partium...* Et ailleurs : *Illarum* (*febr. interm.*) *focus in cystide vel hepate, vel mesenterio, aliisque partibus primæ regionis continetur* (1). Théophile Bonet dit positivement : *Anatome eorum qui febre malignâ* (*continuâ aut intermittente*) *extincti sunt, docet ventriculum cum intestinis inflammari* (2).

Vanhelmont soutient que toutes les fièvres intermittentes ont leur siége dans l'estomac, les intestins et le mésentère, excepté la fièvre quarte, qu'il place dans la rate et les vaisseaux voisins de cet organe. Suivant Sydenham, toutes les fièvres résultent d'un combat de la nature avec la matière morbifique ; elles sont toutes sthéniques. C'est tantôt dans le sang, tantot dans les premières voies, surtout dans les cas de fièvre intermittente, qu'il fait résider sa *matière morbifique*. Feruel, qui s'éleva contre le galénisme, et combattit la viciation des humeurs, indique en particulier le siége des fièvres intermittentes dans l'estomac, le duodénum et le pancréas (3). Baillou, dit M. Portal, place le siége des fièvres intermittentes et rémittentes autour de l'estomac, du diaphragme et du foie. Il croyait que quand la fièvre était bien réglée en tierce, elle avait principalement son siége dans le foie ; que, lorsqu'elle était quarte, elle résidait particulièrement dans la rate, et que quand elle était irrégulière, il y avait à la fois engorgement de ces deux organes ; il pensait que

(1) *Proxeos med.*, t. II.
(2) *Sepulchretum.*
(3) *Oper. omn. de morbis eorumque causis.*

dans ce dernier cas l'estomac, les intestins et le mésentère n'étaient pas exempts d'altération ; enfin ce grand maître croyait que, dans les fièvres rémittentes, les lésions des viscères dont il s'agit étaient plus étendues et plus intenses (1).

Sylvius de La Boë et Thomas Bartholin, d'après quelques autopsies qu'ils ont eu occasion de pratiquer à la suite des fièvres d'accès, ont trouvé des lésions plus ou moins considérables dans l'estomac et le duodénum ; d'où ils concluent que ces derniers organes sont spécialement le siége de ces sortes de fièvres. Etmuller indique positivement les premières voies comme le siége de presque toutes les fièvres intermittentes. Mercatus, dans le développement des fièvres d'accès, fait jouer un grand rôle, comme tous les galénistes, à l'effervescence, à l'âcreté et la putridité des humeurs ; quant au siége des fièvres dont il s'agit, il n'hésite pas à le placer le plus souvent dans les premières voies et leurs annexes. Quand elles présentent le type quotidien, c'est presque exclusivement dans l'estomac qu'il en fait résider la cause primitive : *Quotidiana rara accidit sine vitio ventriculi* (2).

Sydenham et Stahl font dépendre les fièvres intermittentes comme les continues d'*un effort de la nature* pour détruire l'irritation qui dérange les parties vitales, ou d'une *excitation de tonicité* qui a pour but de chasser les causes morbifiques. Ils font résider les causes qui provoquent les fièvres intermittentes tierces dans les premières voies, ou du moins ils indiquent dans ces dernières l'existence de saburres visqueuses qui les irritent et amènent le développement des accès fébriles. Sydenham, dit M. Andral, a répété dans plusieurs endroits de ses ouvrages que, dans la plupart des fièvres, *les intestins s'ulcèrent.*

Voici comment s'exprime Hoffmann à cet égard : *Quin imo febrium intermittentium omnis generis sedem in primis viis meritò collocendam esse, non modo ex symptomatum, sed et curandi ratione confirmatur... Morbi qui statas servant periodos, plerumque fundamentum habent in abdominis visceribus* (3).

Rega, professeur de Louvain, fait dériver la plupart des fièvres de la trop grande sensibilité de l'estomac et de la sympa-

(1) *Observations sur la nature des maladies du foie.*
(2) *Opera medica, de febrium essentiâ*, Mercati, 1620.
(3) *Opera omnia*, t. II.

thie avec tous les organes du corps. Le retour des accès de la fièvre intermittente dépend, selon lui, de l'affection du pancréas et de la sécrétion vicieuse du suc gastrique : « Il est hors de doute, dit Huxham, que le principe bilieux ne prédomine trop dans toutes les fièvres putrides malignes (continues ou intermittentes). La vésicule du fiel et les pores biliaires se trouvent toujours remplis d'une bile noire et verte dans ceux qui en meurent. Cette bile se répand dans l'estomac et le duodénum, où elle cause des douleurs, de l'anxiété (1), etc. » Fizes, professeur de Montpellier, dit positivement que ce sont les premières voies et surtout l'estomac qui souffrent et sont affectés dans presque toutes les fièvres intermittentes ; mais que les organes sécréteurs attenant au canal digestif ne sont pas exempts d'altérations à la suite de ces fièvres (2).

Senac s'exprime ainsi touchant le siége des fièvres intermittentes : « *Febrium intermittentium causa variis in partibus hærere visa est; et primò quidem eam in primis latere viis multi existimarunt, quod ex symptomate in his febribus assiduo nempè vomitu deducitur. Prima febrilis causæ vis in stomachum agens videtur in eo hospitari* (3). »

L'opinion de Médicus n'est pas douteuse à l'égard du siége des fièvres intermittentes. Ce médecin fait dépendre non seulement toutes les fièvres d'accès, mais encore toutes les maladies périodiques en général d'une affection des organes digestifs (4): « *A bile, inquit Trnka, vel copiosâ vel vitiatâ quodcumque intermittentium vel maxime autem autumnalium, genus progigni affirmo, idque non sine multiplici illustrium practicorum testimonio* (5). »

Sims, Lind, Sarcone, s'accordent également à reconnaître le siége des fièvres intermittentes et rémittentes dans les organes digestifs et leurs annexes. La cause et le siége de la fièvre intermittente et rémittente d'automne, dit Grant, résident principalement dans les premières voies (6).

Cullen, dans son système, fait jouer un grand rôle aux

(1) *Traité des fièvres.*
(2) *Ouvrage cité.*
(3) *De reconditâ feb. intermitt. naturâ.*
(4) *Ouvrage cité.*
(5) *Historia febrium intermittentium.*
(6) *Observations sur la nature des fièvres*, t. I.

spasmes, aux nerfs, dans la production de toutes les maladies. Relativement aux fièvres intermittentes, il part du principe que toutes leurs causes sont débilitantes; il dit que les frissons, le froid qu'on observe dans leurs accès, dépendent de l'atonie de l'organe cutané; et pour le prouver, il établit ou plutôt il suppose la faiblesse de l'estomac et du canal intestinal, surtout du duodénum; puis, comme ces derniers organes sympathisent avec la peau, il en conclut que la peau doit éprouver un état semblable. On voit donc que, d'après Cullen, c'est la *faiblesse* de l'estomac et des intestins qui constitue primitivement la fièvre intermittente (1). D'après Selle et J.-P. Frank, les fièvres intermittentes proviennent d'une grande irritabilité du système nerveux, *et en particulier des nerfs de l'appareil digestif.*

Voici ce que dit Baglivi touchant la cause et le siége des fièvres malignes, continues et rémittentes, qu'il a eu si souvent occasion d'observer: « *Quæ nobis videntur malignæ (febres), a viscerum phegmone et erysipelate fiunt, id est, a causâ evidente et manifestâ. Inter has febres præcipuæ sunt quas veteres vocarunt tritæophias, hemitritæos, triphodes, asodes, etc. Quæ cum magnâ syncope, singultu aut vertigine incipiunt, et vocantur a medicis syncopales, singultuosæ, vertiginosæ; harum fomes febrilis in ventriculo latet, humor scilicet acris et erodens, qui tunicas ventriculi vellicando et afficiendo, per consensum cor, diaphragma, aut caput offendit, unde prefata symptomata* (2). »

L'idée dominante de Stoll, ce fut la bile: pendant long-temps ce célèbre observateur vit presque tout en *jaune* dans les maladies. Dans la partie de son ouvrage où il décrit les constitutions de 1776 à 1780, toutes les maladies en général y sont *bilieuses;* il n'y a pas d'affection, quelque rouge et inflammatoire qu'elle soit, qu'il ne voie en jaune et qu'il n'attribue à la bile: ainsi les érysipèles, les rhumatismes, les dysenteries, les péripneumonies, etc., constituaient selon lui des maladies bilieuses; il les attribuait toutes à un dérangement quelconque dans la sécrétion de l'humeur dont il s'agit. Plus tard ce grand praticien vit au contraire tout en *rouge*, et n'aperçut presque partout que des inflammations; il appelle *gastriques* la plupart des fièvres intermittentes, surtout les tierces et rémittentes; parce que, selon

(1) *Eléments de méd. prat.*, t. I.
(2) *Opera medico-practica*, t. I.

lui, elles sont dues à un excès de bile qui irrite l'estomac. A l'égard des fièvres malignes, soit continues, soit intermittentes, et à l'égard de la mort qui en est souvent la suite, Stoll remonte, dit Pinel, à un amas saburral des premières voies, à une bile qui pèche par la quantité comme par la qualité, dont une partie glutineuse, tenace et âcre, irrite et distend la vésicule du fiel, tandis que sa partie la plus subtile est absorbée par le système gastrique et donne lieu à tous les symptômes de la fièvre maligne.

Cet auteur voit là l'origine des inflammations dont les traces se sont ensuite manifestées soit sur l'estomac et les intestins, soit sur les poumons ou le cerveau, suivant la métastase de la bile sur quelqu'un de ces viscères (1).

Nous avons eu occasion précédemment de parler de l'épidémie de Lausanne ; et, bien que cette fièvre ne présentât que des redoublements en tierce, il ne sera pas déplacé de dire ici que Tissot en attribuait la cause à une humeur putride, bilieuse, acrimonieuse qui irritait l'estomac, les intestins grêles, et particulièrement le duodénum. Ce médecin célèbre avoue cependant qu'il ne connaît pas la nature de cette fièvre, et ce qui le surprend beaucoup, c'est de voir si souvent coïncider, chez les individus qui en sont atteints, *l'aspect de la putridité avec la diathèse inflammatoire.* « Nous ne connaissons point encore assez, dit-il, la théorie de l'inflammation ou la manière d'agir des différents stimulants qui la produisent, pour expliquer comment la diathèse inflammatoire peut coexister dans certaines fièvres avec la putridité, et comment cela n'a point lieu dans d'autres circonstances (2) ». Cet aveu de Tissot est admirable ; c'est l'aveu d'un homme de génie qui n'est pas satisfait de la théorie ancienne des fièvres et qui pressent qu'on n'en aura une bonne que quand celle de l'inflammation sera plus avancée ou mieux connue. Telle fut aussi l'opinion du célèbre Bordeu, qui dit positivement qu'il faudrait, pour bien connaître la fièvre (continue ou intermittente) *être mieux instruit de ce qui se passe dans tous les cas possibles d'inflammation* des organes digestifs, parce qu'il y a beaucoup de phénomènes morbides qui peuvent en être la suite ou l'effet (3).

Desbois de Rochefort pensait que l'estomac et la région épi-

(1) *Nosog. philosoph.*, t. I.
(2) *Dissertation sur les fièvres bilieuses.*
(3) *OEuvres complètes*, t. II.

gastrique étaient le principal foyer des fièvres intermittentes(1). « Il n'est pas aisé, dit Lucadou, de dire pourquoi les fièvres intermittentes affectent les organes épigastriques d'une manière plus marquée que les autres viscères ; mais le fait existe, et il est constant (2). « Robert-Thomas de Salisbury dit qu'en Angleterre on attribue généralement la cause des fièvres intermittentes à un *dérangement* de l'estomac et des premières voies. L'hypothèse de ceux, dit-il, qui veulent que ces fièvres soient dues à un principe particulier et contagieux est contraire à l'observation (3). Suivant le professeur de Montpellier Grimaud, la fièvre intermittente dépend ordinairement d'une *affection phlogistique* compliquée avec une affection gastrique (4). Tout semble indiquer, dit Pinel, que le siége principal de l'ordre des fièvres intermittentes et rémittentes est dans le conduit alimentaire, surtout l'estomac et le duodénum, non moins que dans les organes sécréteurs de la bile et du suc pancréatique : cela est manifeste dans les embarras gastriques, le choléra-morbus, non moins que dans la fièvre gastrique rémittente, si souvent compliquée avec l'embarras gastrique ou intestinal, et qui même, lorsqu'elle existe indépendamment de ces affections, est marquée par une sensibilité vive dans l'épigastre, l'ardeur de l'abdomen, une soif intense, une constipation opiniâtre ou la diarrhée.... Ailleurs, en parlant de la fièvre muqueuse (continue et intermittente), il s'exprime ainsi : « Quelque induction qu'on tire des faits particuliers, quelque manière de raisonner qu'on adopte sur l'action des mucosités surabondantes ou viciées contenues dans le conduit alimentaire, on ne peut guère méconnaître une affection primitive dirigée sur l'organe sécrétoire, c'est-à-dire une *irritation particulière* de la membrane muqueuse, qui revêt les premières voies, et qui, par une sorte de correspondance sympathique avec les autres systèmes de l'économie animale, produit cet ordre de fièvres. » Ces passages de la *Nosographie philosophique* ne nous indiquent-ils pas que la doctrine physiologique commençait à être pressentie par l'illustre professeur dont les écrits, joints à ceux du profond Bordeu, ont mis l'immortel Bichat sur la voie de faire en physiologie de si précieuses découvertes, et de jeter

(1) *Cours de matière méd.*, t. II.
(2) *Mémoire sur les maladies les plus familières à Rochefort.*
(3) *Méd. prat.*, t. I.
(4) *Cours complet des fièvres*, t. I.

sur la médecine ces idées larges, ces vues lumineuses qui, poursuivies et fécondées par les immenses travaux et par le génie investigateur du célèbre professeur du Val-de-Grâce, ont ensuite donné un si grand essor à la physiologie pathologique et amené dans la science médicale ces nombreuses et importantes réformes qui constituent aujourd'hui la doctrine physiologique.

De ce que nous venons de dire, il résulte donc, qu'en reconnaissant les premières voies et leurs annexes comme le siége des fièvres intermittentes, la plupart des auteurs anciens et modernes se sont accordés sur ce point fondamental de la nouvelle doctrine. En réfléchissant à ce concert unanime d'opinions sur le siége des fièvres dont il s'agit, on est surpris qu'on ait imaginé tant de systèmes et d'hypothèses pour en expliquer les symptômes sans jamais s'accorder à cet égard, et sans pouvoir se rendre compte de ces symptômes autrement que par l'influence d'un principe ou d'une matière morbifique, d'un fluide nerveux, etc., vu que l'on conservait toujours l'hypothèse de l'essentialité des fièvres. On est surpris qu'il ait fallu plus de deux mille ans avant qu'on revînt au soupçon de Dioclès, qu'on y réfléchît, qu'on lui donnât plus d'extension, et, qu'appuyé d'un grand nombre de faits, on arrivât enfin à une théorie fondée sur la lésion des organes, à une théorie où l'on ne se contentât plus de voir, dans un groupe de symptômes artistement décrits et alignés, une maladie générale et essentielle, mais où l'on recherchât et découvrît à travers ce groupe de symptômes des organes primitivement et spécialement affectés; avant qu'on arrivât à une théorie où l'on établît le siége des maladies là où l'autopsie découvre des lésions, et dans laquelle on regardât ces mêmes lésions comme la cause des prétendues fièvres essentielles; à une théorie enfin dans laquelle on sût se rendre compte du groupe de symptômes qui constituent ces fièvres par les influences sympathiques qu'exercent au loin les organes lésés ou souffrants. Hé bien! tels sont les principes de la théorie physiologique des maladies périodiques et des fièvres intermittentes: elle tire de faits matériels, nombreux, évidents, une conséquence dont on allait auparavant chercher les principes dans les hypothèses de la *matière morbifique*, du *fluide nerveux*, de la *dégénérescence des esprits animaux*, de la *viciation des humeurs*, etc. On a remplacé tout cet échafaudage de suppositions gratuites, tout ce fatras de rêveries, par le mot bien simple à la fois et très expressif d'*irritation* périodique et fé-

brile. Mais la théorie de l'irritation une fois admise, les conséquences changent; l'humorisme et la névrosité sont réduits à leur juste valeur, et il n'y a plus de maladies générales, plus de fièvres essentielles. Aussi les adversaires de la doctrine physiologique, pour conserver leurs hypothèses d'*essentialité*, de *spécialité morbide* et de *viciation d'humeurs* dans les maladies et les fièvres, voudraient-ils nous imposer silence sur les principes et voudraient-ils qu'on *ne se rendît compte de rien!* mais ce n'est point assez de le vouloir et de le conseiller, il faudrait qu'on empêchât d'ouvrir les cadavres; alors nous trouvant dans la même position que les pères de l'art, nous ne verrions que ce qu'ils ont vu, et nous les en croirions mieux sur parole. Quant aux explications, on pourrait encore en faire perdre l'habitude en fermant les cours de physiologie! Heureusement nous n'en sommes pas arrivés là... Si l'on a jeté un regard en arrière pour demander un dernier secours à l'humorisme dans la solution de quelques difficiles problèmes, on ne tardera point à s'assurer de l'insuffisance ou de la nullité de cet emprunt rétrograde, et l'on n'en marchera qu'avec plus de sécurité dans les voies larges et sûres de l'irritation ou du solidisme physiologique. C'est une mine riche et féconde qui est loin, bien loin encore, d'avoir été exploitée jusqu'au bout et dans tous les sens.

On s'étonne qu'avec elle on ne soit point encore parvenu à éclaircir tous les doutes, à lever toutes les difficultés! Certes, quand le solidisme moderne aura dominé aussi long-temps le monde médical que l'antique humorisme, c'est alors, mais seulement alors qu'on pourra désespérer des ressources ou des lumières qu'on peut y puiser. D'ailleurs n'y a-t-il pas en médecine comme dans les autres sciences des difficultés insurmontables, des problèmes dont il ne sera peut-être jamais donné à l'intelligence humaine de trouver la solution?

CHAPITRE VI.

Ce chapitre se composera 1° de l'ensemble des principaux faits d'anatomie pathologique relatifs aux fièvres rémittentes et intermittentes; 2° de l'interprétation de ces faits ou des conclusions qu'on peut en tirer relativement à la nature et au siége de ces fiè-

vres. 3° De l'examen des principales complications des fièvres d'accès, connues sous les noms d'obstructions du foie, de la rate, du mésentère, et enfin de l'hydropisie suite de ces fièvres.

ARTICLE PREMIER.

DES PRINCIPAUX FAITS D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Déjà nous avons fait connaître dans notre premier volume les lésions organiques qui sont la suite de la plupart des fièvres intermittentes pernicieuses ou des encéphalites, arachnitites, myélites, pneumonites, pleurites, gastrites, gastro-entérites, hépatites, splénites, péritonites, métrites, cystites, etc., dont la marche périodique ou dont le type rémittent et intermittent ainsi que le diagnostic, ont été faciles à reconnaître sur le vivant d'après la nature des causes, d'après la description des symptômes, et dont l'autopsie a confirmé le siége et la nature dans les viscères dont il s'agit. Relativement aux fièvres intermittentes et rémittentes ordinaires, nous avons également, dans le chapitre Ier de ce volume, rapporté bon nombre de faits suivis d'autopsie qui déjà nous ont fait voir des lésions très remarquables dans les organes digestifs. C'est pour compléter tout ce qui a rapport à l'anatomie pathologique de ces fièvres que nous allons encore exposer les faits suivants, en commençant par ceux qui ont été recueillis dès qu'on a commencé à ouvrir quelques cadavres pour y chercher les causes ou les traces des maladies, c'est-à-dire depuis le XIVe et le XVe siècle. Nous poursuivrons ensuite jusqu'à nos jours l'exposition des faits dont il s'agit.

Parmi ces faits, les plus anciens sont peu détaillés et incomplets sous beaucoup de rapports; mais ils ont cela de commun avec les histoires particulières concernant toutes les autres maladies, quels que soient leur siége, leur nature et leur type, qui nous ont été fournies à une époque où l'on n'attachait que peu ou point d'importance à ces détails de symptômes et de lésions, recherchés aujourd'hui pour de bonnes raisons. Il y a aussi plusieurs des observations dont il s'agit, qui n'ont que commencé ou fini par des fièvres d'accès, et dans lesquelles les malades ont été atteints, à la fois ou successivement, de plusieurs affections différentes; mais cette complication de phénomènes morbides et de lésions organiques est si fréquente dans l'histoire des maladies en général, que le triage en est parfois très délicat et fort difficile à faire; parce que tel fait que nous aurions supprimé comme peu

concluant à nos yeux, vu par d'autres observateurs et sous certains aspects, leur paraîtra très caractéristique et propre à faire connaître des rapports et des analogies qui ne sont pas sans intérêt dans l'histoire des fièvres dont il s'agit. Ce motif a suffi pour nous faire braver encore la critique de certains éplucheurs de faits qui, pour ne pas se donner la peine de les analyser ou de les examiner sous tous leurs aspects différents, trouvent plus facile et plus commode d'employer à leur égard les arguments du sabre ou de la négative. Nous sommes sûr que les médecins instruits et de bonne foi nous tiendront compte des recherches multipliées auxquelles nous avons dû nous livrer, et seront satisfaits de trouver réunis tant de faits épars dans les annales de la science, et dont l'ensemble facilitera l'étude d'un genre de maladies que nous n'avons pas la prétention d'achever, trop heureux si nous pouvons mettre sur la voie quelque autre plus capable que nous d'y réussir.

Fièvre intermittente d'abord tierce, puis quarte simple et quarte triplée.

N° 465. Hollerius rapporte qu'un individu âgé de cinquante ans, fut attaqué, durant l'été, d'une fièvre tierce qui passa en automne au type quarte simple, qui dégénéra en quarte triplée, et se trouva compliquée d'hydropisie au mois de novembre suivant. Abandonné, dit-il, des médecins, parce qu'ils pensaient que l'hydropisie était confirmée après le deuxième mois, le malade ne tarda point à succomber.

Ayant fait l'ouverture de son cadavre, Hollerius trouva les intestins altérés et tachetés ou diversement nuancés, semblables, dit-il, aux serpents aquatiques. Les épiploons étaient réduits en putrilage, et le foie présentait plusieurs squirrhosités. (Bonet, *Sepulchretum, de febre quartanâ.*)

Fièvre intermittente tierce.

N° 466. Marc Donatus rapporte qu'un homme, âgé de soixante ans, qui avait déjà eu la fièvre tierce et à qui elle avait laissé un engorgement du foie et de la rate, en fut attaqué de nouveau; elle fut accompagnée d'un vomissement opiniâtre de matières pituiteuses, et conduisit le malade au tombeau.

En ayant fait l'autopsie, il trouva la membrane interne de l'estomac entièrement détruite vers la partie inférieure de cet organe ou près du pylore. (Lieutaud, *Hist. anatom. méd.*, liv. Ier, obs. 125.)

Spigel dit que, dans toutes les autopsies qu'il a eu occasion de faire d'individus morts de fièvre intermittente, il a trouvé des inflammations du foie (surtout vers sa partie concave), de l'estomac, des intestins, du mésentère, de la rate, de l'épiploon; tantôt, dit-il, une ou deux seulement de ces parties étaient affectées, tantôt elles se trouvaient toutes plus ou moins altérées.

Il rapporte plusieurs exemples de fièvre intermittente, suivis d'autopsie, entre autres les suivants :

Fièvre intermittente demi-tierce et ensuite tierce.

N° 467. Un individu affecté depuis quelque temps de dysenterie, et chez qui cette phlegmasie fit place à une fièvre demi-tierce, d'abord un peu irrégulière, mais qui ne tarda pas à se régulariser et à présenter une véritable intermittence, mourut après quarante jours de durée de la fièvre dont il s'agit. L'autopsie en fut faite et fit voir sur toute la tunique interne de l'estomac une inflammation érysipélateuse. Les veines mésaraïques et toutes celles qui se rendent à l'estomac et à l'épiploon étaient gorgées de sang noir et épais ; l'épiploon était en partie désorganisé. (*De febre semitertiana,* lib. I, cap. 15.)

Autre Fièvre intermittente.

N° 468. Un jeune Français succomba, dit il, à une autre fièvre intermittente qui avait duré vingt-sept jours.

A l'ouverture de son corps, il trouva les intestins grêles enflammés; une portion de l'extrémité inférieure de l'iléon, tout près du cœcum, était frappée de gangrène. La partie concave du foie présentait aussi des traces d'inflammation. (*Id., ibid.*)

Autre avec le même type.

N° 469. Un jeune Belge fut atteint de fièvre intermittente à la suite d'une dysenterie. Cette fièvre ayant fait périr le malade au bout de vingt jours, Spigel en fit l'autopsie, et trouva une inflammation dans les intestins grêles, et une partie de l'iléon près de l'endroit où il s'unit au cœcum, était gan grenée. (*Idem, ibid,* cap. 16.)

Cornelius Gemma et Ballonius rapportent plusieurs faits semblables.

Fièvre intermittente tierce.

N° 470. Pison dit qu'il a vu plusieurs exemples de fièvres intermittentes suivies de lésions dans les viscères abdominaux, et qu'entre autres, ayant ouvert le cadavre d'un individu qui était mort de fièvre tierce, et sur lequel de son vivant on sentait que le foie était dur et volumineux, il trouva non seulement le foie squirrheux et d'un volume considérable, mais encore toutes les glandes du mésentère du côté droit de l'abdomen, très dures, engorgées, et formant avec le pancréas une masse énorme et comme plâtreuse. (Car. Piso, *De morbis a serosâ colluvie,* sect. 16.)

Fièvre intermittente quarte.

N° 471. Joh. Heurnius rapporte qu'un jeune homme de vingt-cinq ans, atteint depuis seize mois d'une fièvre quarte contre laquelle il avait pris inutilement un grand nombre de remèdes, tomba dans un état cachectique ; ses extrémités inférieures, principalement ses pieds, s'œdématièrent; il perdit l'appétit; ses forces se dissipèrent, et enfin il fut enlevé par un accès plus violent qu'à l'ordinaire. Ce médecin ayant ouvert son corps, trouva une rate flasque, gorgée d'un sang noir et d'un volume triple de celui qu'elle a ordinairement; autour de ses vaisseaux qui se rendent soit à l'estomac, soit à la veine porte, était un très grand nombre de glandes engorgées qui en comprimait le calibre; de semblables glandes existaient autour du conduit de la vésicule biliaire qui se rend au duodénum, et le comprimaient tellement qu'il ne put y faire passer les instruments les plus déliés; la plus considérable de toutes ces glandes était placée sur le tronc même de la veine porte, tout près du pancréas. Le poumon gauche adhérait à la plèvre et au diaphragme, et il y avait une certaine quantité de sérosité dans la cavité droite de la poitrine. (*De studio medicinæ,* Amstelodami, 1645.)

Fièvre intermittente automnale.

N° 472. Il rapporte aussi qu'un pauvre, âgé de soixante ans, cachectique, et qui était depuis long-temps attaqué de fièvre intermittente d'automne, se rendit à l'hôpital de Leyde pour se faire traiter. Il se plaignait principalement d'une douleur à l'hypocondre droit qu'on rapportait au foie; le ventre et surtout les pieds étaient enflés et œdémateux. Tous les remèdes qu'on prescrivit furent inutiles; le malade mourut.

On ouvrit son corps, et l'on trouva que le foie contenait un abcès considérable dont la matière était fétide et verdâtre, et dont une partie s'était épanchée dans la cavité du bas-ventre; le mésentère et l'épiploon présentaient une couleur noire; la membrane interne des organes digestifs était aussi noirâtre. Il y avait un peu d'eau dans la poitrine. (*Observ. adjectæ ad calcem operum*, Fernelii, edit. Coloniæ Allobrog. 1679.)

Fièvre intermittente quarte.

N° 473. Joh. Bauhin rapporte qu'une femme âgée de quatre-vingts ans, *qui n'avait jamais été réglée*, fut atteinte d'une fièvre quarte à la suite de laquelle la rate devint volumineuse; le ventre se gonfla à un tel point que cette femme en conçut l'espoir qu'elle était grosse. Il lui survint une douleur considérable à l'épaule gauche. Chaque accès de fièvre était accompagné de douleurs dans les hypocondres, de rots et de vomissements. Le ventre continuant à augmenter de volume, la respiration devint gênée. Elle avait quelquefois des grincements de dents et une soif brûlante; enfin ayant perdu toutes ses forces, elle succomba.

Au moment où on ouvrit l'abdomen, il en sortit une grande quantité de gaz et beaucoup de liquides que surnageait une matière grasse. Le fond de l'estomac était réduit en putrilage et perforé; les parties voisines étaient aussi plus ou moins altérées. (Lieutaud, *Hist. anat. méd.*, liv. Ier, obs. 144.)

Fièvre intermittente d'abord quarte, et ensuite tierce.

N° 474. Guarinonius rapporte l'observation d'un vieillard affecté de fièvre quarte, qui vomissait pendant la période de froid une humeur chaude et de couleur noire. La fièvre passa au type tierce dont les accès étaient si longs qu'elle s'éloignait peu de la continuité. Le malade ne tarda pas à succomber, et l'autopsie fit voir l'estomac altéré et rempli d'une humeur noire; le foie était dur et beaucoup plus pesant qu'à l'ordinaire, la rate, au contraire, était d'un petit volume. (*Idem, ibid*, obs. 42.)

Fièvre intermittente tierce.

N° 475. Dézon rapporte qu'à la suite d'une fièvre tierce, un soldat fut pris d'ictère; la fièvre devint continue, et il se manifesta des douleurs dans l'hypocondre droit; puis il survint une affection comateuse, et le malade succomba.

A l'ouverture du cadavre, on trouva un foie dur et squirrheux; tous les viscères étaient teints en jaune, sans en excepter le cerveau dont les vaisseaux étaient distendus par le sang. (*Id. ibid.*, obs. 639.)

Fièvre intermittente quarte.

N° 476. Tulpius dit avoir vu un jeune homme à qui on avait mal à propos pratiqué l'amputation du testicule, et qui fut atteint de fièvre quarte. Il était réduit à un tel état, qu'il ne pouvait jamais reposer dans son lit, quelque envie qu'il eût de dormir; il ne pouvait se livrer au sommeil, soit de jour, soit de

nuit, à moins qu'il ne fût assis sur un siége incliné en devant, ou qu'il eût dans son lit la tête extrêmement élevée. Il ne pouvait fléchir légèrement le corps, en arrière ou sur les côtés, sans éprouver des douleurs cruelles, soit dans le ventre, soit dans les lombes, douleurs qui se renouvelaient avec tant de violence à chaque accès de la fièvre, que le malade désirait la mort, qui ne tarda point à venir mettre un terme à ses souffrances.

A l'autopsie, je trouvai, dit-il, une inflammation manifeste du foie; les intestins et l'estomac étaient altérés à l'intérieur et couverts d'une bile noire; toutes les veines de l'épiploon et celles qui vont de la rate à l'estomac étaient très gorgées de sang. Les conduits déférents et les vésicules spermatiques étaient distendus par le sperme; mais ce qui attirait surtout l'attention, était le pancréas dont le volume était considérable et se trouvait plein de matières pituiteuses et purulentes. (*Observ. méd.*, lib. 4, cap. 32.)

Fièvre intermittente maligne.

N° 477. Roze rapporte qu'un jeune homme âgé de quinze ans atteint d'une fièvre intermittente maligne, qui régnait épidémiquement, se plaignait de cardialgie, de douleurs de côté, de toux et de difficulté de respirer. Il survint ensuite des vomissements et la diarrhée; puis une tumeur se fit sentir dans la région épigastrique; enfin il mourut le quinzième jour dans les convulsions.

Ayant ouvert son corps, ce médecin trouva l'estomac et les intestins frappés çà et là de gangrène; le mésentère contenait divers abcès remplis de sanie, et dans le ventre un amas de matière corrompue et fétide. (Lieutaud, *Hist. anat. méd.*, liv. 1er, obs. 162.)

Autre avec le même type.

N° 478. Velschius rapporte qu'ayant ouvert les cadavres de plusieurs personnes mortes d'une fièvre maligne qui régnait épidémiquement en Italie, qui revenait avec des frissons et qui emportait les malades en peu de jours, il trouva les intestins altérés et remplis d'une quantité innombrable de petits vers. (*Id. ibid.*, obs. 106.)

Fièvre intermittente opiniâtre.

N° 479. Cummène rapporte qu'un jeune homme, atteint d'une fièvre intermittente très opiniâtre, et qui avait été mal traitée, devint hydropique et ne tarda pas à succomber, les accès étant devenus très intenses.

Ayant fait l'ouverture de son corps, il trouva d'abord une très grande quantité de sérosité dans l'abdomen, puis les glandes du mésentère squirrheuses et purulentes; divers abcès furent trouvés dans le foie; la rate était dure et ressemblait à du plâtre; les reins étaient aussi très altérés. (*Id. ibid.*, obs. 139.)

Autre fièvre avec le même type.

N° 480. Doringius dit avoir vu un enfant de douze ans qui, depuis deux ans, était affecté de fièvre intermittente. Il était toute la nuit dévoré d'une si grande soif, qu'on ne pouvait lui tenir à boire; il avait à peine avalé une potion qu'il en demandait à grands cris une autre. Quelquefois l'estomac, distendu par la grande quantité de boissons qu'il prenait, s'en débarrassait par le vomissement. Il se plaignait continuellement du mal de ventre; enfin, réduit au marasme, il présenta quelques symptômes de phrénésie, et mourut.

On trouva, à l'autopsie, l'estomac frappé de gangrène vers son fond, et à

tel point, que toute la substance de cet organe était réduite en une espèce de bouillie noire et fétide; l'épiploon était presque entièrement détruit. (*Id. ibid.*, obs. 158.)

Fièvre intermittente tierce.

N° 481. Panarole rapporte qu'ayant ouvert le cadavre d'un homme mort de fièvre intermittente tierce qui avait ensuite passé à la continuité, il trouva une prodigieuse quantité de vers lombrics répandus çà et là, non seulement dans les intestins, mais il en trouva encore dans l'estomac et jusque dans l'œsophage. (*Id. ibid.,* obs. 308.)

Fièvre intermittente tantôt tierce, tantôt quarte.

N° 482 Hasenorhl dit qu'il a vu un soldat âgé de vingt-cinq ans qui avait eu, pendant un an et demi, une fièvre intermittente qui paraissait tantôt avec le type tierce, tantôt avec le type quarte. Cette fièvre avait cessé à différents intervalles à l'aide des remèdes employés, et était revenue plusieurs fois de la même manière, lorsque le malade tomba dans un état cachectique, et qu'il lui survint dans l'hypocondre gauche une tumeur mobile et si considérable qu'elle descendait presque jusqu'à la région hypogastrique. Enfin, durant le mois de juillet qui fut très chaud, le malade fut pris de dysenterie, et périt en quelques jours. La fièvre intermittente persista jusqu'à sa mort, et il y avait long-temps qu'elle n'avait pas éprouvé d'interruption.

Le praticien dont il s'agit, ayant pratiqué l'ouverture du cadavre, trouva d'abord l'épiploon roulé sur lui-même, présentant des nœuds, des tubérosités remarquables. Le foie, volumineux et dur, contenait, à sa partie convexe, un abcès rempli d'une livre et demie de pus blanc; la vésicule contenait trente-trois calculs avec un peu d'humeur gluante et noirâtre. La rate était dure et d'un volume considérable, puisqu'elle pesait plus de quatre livres. (*Historia medica trium morborum*, p. 98.)

Bonet, dans son *Sepulchretum*, rapporte un assez grand nombre d'observations de fièvres intermittentes, suivies d'autopsie, et qui toutes offrent des lésions plus ou moins considérables dans les viscères gastriques et leurs annexes. Je n'en extrairai que les exemples suivants :

Fièvre intermittente suivie d'obstruction et d'ictère.

N° 483. Un homme âgé de quarante ans fut atteint de fièvre intermittente contre laquelle il prit pendant long-temps du quinquina, et à la suite de laquelle il lui survint de la douleur et de la dureté dans l'hypocondre droit, en même temps qu'il était beaucoup incommodé par les vents. Il languissait depuis long-temps dans cet état, lorsqu'il fut pris d'ictère avec douleur lancinante dans la région du foie, et tous les signes de l'inflammation. Il s'y forma en effet un abcès qu'on ouvrit et d'où s'écoula au dehors une grande quantité de matière putride et bilieuse. L'écoulement de ces matières continuant sans cesse à avoir lieu avec insomnie et inappétence, le malade tomba dans le marasme, et mourut.

A l'autopsie, on trouva une énorme vessie vers la partie inférieure du foie, que l'on reconnut pour être la vésicule du fiel déformée et considérablement agrandie; elle était remplie de pus et semblait être le réservoir qui fournissait le pus de l'abcès qui était contenu dans la substance même du foie près de sa convexité; les organes environnants se trouvaient déplacés et dégénérés en tubercules ou diversement altérés.

Fièvre intermittente double-tierce et ensuite quarte.

N° 484. Un autre homme âgé de quarante-deux ans, sujet à la mélancolie, après plusieurs fatigues et des chagrins, fut atteint d'une fièvre double-tierce, accompagnée de douleur de tête et d'insomnie. Les urines étaient rouges et chargées; il éprouvait de fréquentes tranchées; les hypocondres devinrent durs et tuméfiés; la fièvre passa en type quarte. L'hydropisie survint; le scrotum et les extrémités inférieures s'engorgèrent; enfin le délire, la sterteur et les convulsions vinrent mettre fin à ses souffrances et à sa vie, après six mois d'existence de la fièvre.

On fit l'autopsie, et à l'ouverture du ventre il sortit environ vingt-quatre livres d'eau claire et inodore. Les épiploons étaient entièrement détruits; la rate était d'un volume énorme et pesait plus de cinq livres; elle était altérée dans son intérieur, le conduit pancréatique, très dilaté, contenait un ver encore vivant et quatre petites pierres noires. La vésicule du fiel était remplie de bile noire; on remarquait aussi quelques altérations dans le canal digestif. (*Id. ibid.*)

Fièvre intermittente tierce.

N° 485. Un grand personnage fut attaqué de fièvre tierce, sur l'issue de laquelle ses médecins ordinaires ne craignirent point de porter un pronostic avantageux, vu qu'elle paraissait fort simple; il arriva néanmoins que le malade y succomba, et même si promptement, qu'on fut jusqu'à porter des soupçons coupables sur ses médecins.

On pratiqua l'ouverture de son corps, et l'on trouva un foie dur et exsangue, car le malade avait été beaucoup saigné; la tunique interne de l'estomac était excoriée par une espèce d'ichor putride et sanguinolent. Les autres viscères ne présentèrent rien de particulier. (*Id. ibid.*)

Autre fièvre avec le même type.

N° 486. Un prêtre âgé de soixante-dix ans fut attaqué, au commencement du mois d'août, d'une fièvre tierce bien tranchée. M. Bonet, ayant été appelé, fit pratiquer une saignée au malade, lui ordonna un léger purgatif, et ce qu'il appelle sa *poudre fébrifuge*. La fièvre céda assez promptement, et dans le courant du même mois; cette fièvre revint au commencement de septembre, et à la fin du mois d'avril suivant, à la suite d'excès de table; elle fut guérie chaque fois par les mêmes moyens.

Enfin, la fièvre intermittente dont il s'agit revint encore à la fin de juin, par de nouvelles imprudences du malade, qui, cette fois, en fut victime, et succomba le 3 juillet, avant que M. Bonet n'arrivât auprès de lui. Ce praticien ne fut à temps que pour faire l'autopsie, qui lui fit voir l'épiploon, le mésentère et le pancréas très altérés et d'une couleur de sang; le foie était beaucoup plus dur que dans l'état naturel. (*Sepulchretum, de febr. tertianâ.*)

N° 487. Thomas Bartholin, dans la relation qu'il fait d'une épidémie de fièvre maligne qui régna à Copenhague en 1652, et qui était accompagnée de paroxysmes quotidiens ou tierces, de vomissements bilieux, d'une chaleur brûlante à l'épigastre, de maux de tête violents, souvent du délire et de taches pétéchiales qui paraissaient durant les accès et disparaissaient pendant les rémissions, dit : qu'ayant fait l'autopsie d'un grand nombre de malades qui avaient succombé à cette fièvre, il avait constamment trouvé l'estomac et le duodénum enflammés et gangrenés. (*Hist. anat. et méd. rar.*, Hafniæ, 1657.)

No 488. Le professeur Sylvius de Le Boë a laissé la relation d'une épidémie de fièvres rémittentes malignes qui régna à Leyde, dans laquelle on observait des symptômes gastriques et cérébraux très remarquables, et à la suite de laquelle on trouvait des lésions inflammatoires manifestes dans l'estomac, les intestins, et en particulier dans le duodénum. (*Prax. med. append.*, tract. 10.)

Fièvre intermittente quarte.

No 489. Storck rapporte qu'un homme âgé de trente-six ans fut atteint d'une fièvre intermittente quarte qui, ayant été mal traitée, détermina une ascite assez considérable. Divers remèdes furent inutilement prescrits par ce médecin. La maladie fit ses progrès ordinaires ; le pouls devint inégal, la respiration élevée et pénible, la soif grande ; le ventre se tuméfia et devint dur. Enfin le malade ayant perdu toutes ses forces, succomba misérablement avec une soif inextinguible.

A l'autopsie on trouva dans le ventre beaucoup d'eau jaunâtre ; l'épiploon, très petit, était retiré vers la grande courbure de l'estomac. Le foie qui avait un très grand volume, pesait douze livres. La rate était dure, de couleur bleuâtre, et pesait cinq livres. L'intestin colon était si resserré qu'il ressemblait à une corde. (*Ann. med. prim.*, cadav. 11.)

No 490. Dans l'épidémie de fièvres rémittentes malignes et subintrantes qui régna à Rochefort en 1694, Chirac rapporte qu'il a trouvé sur les cadavres de ceux qui y succombèrent, le cerveau, le foie, l'estomac et les intestins engorgés de sang, d'un rouge foncé ou tirant sur le noir.

No 491. Lancisi rapporte que, dans l'épidémie de fièvres tierces malignes qui régna à Rome en 1695, l'ouverture des cadavres lui avait fait voir de grands désordres dans les viscères de l'abdomen qui étaient presque tous livides; le foie était d'un brun très obscur, la bile cystique était noire. Les intestins, sphacelés de toutes parts, contenaient des excréments très fétides et une grande quantité de vers; ils présentaient çà et là quelques taches noirâtres, circulaires, dans le centre desquelles s'observaient des traces d'érosions produites par les vers, etc. (*De nox. palud. affluv.*, lib. 2.)

Baglivi, dans les épidémies de fièvres rémittentes et intermittentes malignes qu'il a observées à Rome et dans les environs, et qui ont été suivies de la mort, a souvent trouvé des lésions très remarquables dans les organes digestifs et ses annexes, le foie, la rate, le pancréas.

No 492. Valsalva rapporte qu'un jeune homme de vingt ans, après avoir eu pendant quelques jours une dysenterie, puis une diarrhée que les remèdes employés parvinrent à arrêter, fut pris d'une fièvre tierce qui fut, pendant un mois, bien réglée. Au bout de ce temps le flux de ventre revint avec une fièvre aiguë dont les redoublements étaient très violents et le pouls faible. Il survint bientôt de la stupeur, de la surdité, et après quelques jours le malade succomba. L'autopsie fit voir dans l'abdomen une certaine quantité d'ichor sanguinolent qui provenait de l'intérieur du canal intestinal perforé en plusieurs endroits, entre autres, vers la fin de l'iléon et le commencement du colon, où il était ulcéré et frappé de gangrène ; il y avait dans la partie correspondante du mésentère plusieurs glandes engorgées et remplies d'un pus fétide. La rate avait, en outre, un volume triple de celui qu'elle a ordinairement. (*Opera anatomica*, Venitiis, 1740.)

No 493. Lanzoni, dans plusieurs épidémies de fièvres rémittentes et intermittentes malignes qu'il a observées, a souvent reconnu des lésions dans les organes digestifs, et entre autres dans l'épidémie si meurtrière de Finale, où

plus de trois cents enfants périrent; on trouva le foie, l'estomac et le duodénum altérés et remplis d'une bile noire.

No 494. Borelli a ouvert les cadavres de plusieurs individus qui avaient eu une fièvre intermittente tierce, dont le type était très régulier jusqu'au septième accès, mais qui, devenant alors continue, offrait bientôt l'aspect d'une fièvre maligne, et faisait succomber les malades vers le quatorzième jour; il a trouvé la vésicule du fiel distendue par une grande quantité de bile, l'estomac altéré et distendu par une humeur âcre, bilieuse, très abondante.

No 495. Fréd. Hoffmann dit que toutes les autopsies qu'il a pratiquées sur les individus morts de fièvres malignes, cholériques, demi-tierces, etc., lui ont constamment fait voir une inflammation dans l'estomac et les intestins ou dans les méninges : *Quos febres malignæ tollunt,* inquit ille celeber medicus, *in his ventriculus et intestina nunquam non sphacelata conspiciuntur; id quod etiam de omnibus fermè febribus acutis, ardentibus, cholericis, semi-tertianis, aliisque intelligendum est. Ego certè plenâ testari possum fide, quòd omnes eos quos ex febre acutâ (continuâ vel intermittente) obiisse novi, ex inflammatione ventriculi, intestinorum, vel meningum superveniente decessisse deprehenderim : idque non modo ex symptomatibus dijudicavi, sed et dissectionibus quas administravi, et quibus alii fidem mihi fecerunt, compertum habui.* (Fréd. Hoffmann, *opera omnia physico-medica,* in-fol., t. I, Genevæ, 1740.)

No 496. Sarcone, dans les épidémies des fièvres rémittentes et intermittentes qu'il a observées à Naples, indiquent dans la description de ces fièvres beaucoup de symptômes gastriques, bilieux, et ataxiques; et les principales lésions cadavériques se trouvent dans le cerveau et l'estomac, plus souvent dans les intestins et le foie. (*Hist. des malad. obs. à Naples,* 1764.)

No 497. Antoine de Haen rapporte plusieurs exemples de fièvres rémittentes dans lesquelles on trouva, à l'autopsie, l'estomac et les intestins enflammés et sphacelés. (*Ratio medendi, in nosocomio practico,* 1761)

Morgagni, dans son excellent ouvrage (*De sedibus et causis morborum*) dit que dans les autopsies qu'il a faites de fièvres intermittentes, il a constamment trouvé des engorgements, et quelquefois un état squirrheux du foie et de la rate ou quelques lésions dans le canal digestif. Parmi les observations qu'a recueillies ce médecin célèbre, nous rapporterons les suivantes :

Fièvres intermittentes tierces, puis continues.

No 498. Un jeune homme fut pris d'une fièvre tierce qui persista quelque temps, le conduisit au dernier degré de marasme, et à la mort, qui fut précédée de convulsions violentes. On en fit l'autopsie, et l'on trouva les intestins dans un état de resserrement et de constriction remarquable, ainsi que le mésentère contre lequel ils étaient fortement retirés; leurs membranes étaient dures et comme racornies; ils contenaient, aussi bien que l'estomac, beaucoup de bile verte et porracée dont le contact laissa sur le scalpel une teinte violacée.

Un autre malade fut d'abord atteint d'une dysenterie sans fièvre, puis celle-ci se déclara et adopta le type tierce. La dysenterie ayant persisté, la fièvre intermittente passa au type continu, accompagnée de stupeur, de surdité, et bientôt suivie de mort. A l'ouverture du cadavre, on trouva des ulcérations dans les intestins, et un épanchement de lymphe dans le péricarde.

Fièvre intermittente double-tierce.

N° 499. Un homme de distinction, âgé de quarante-deux ans, était venu de France en Italie, où il était depuis quelques mois, lorsqu'il fut pris, à Bologne, d'une fièvre double-tierce dont les premiers accès, d'abord assez légers, devinrent plus intenses; il était tourmenté par une soif dévorante, la langue était âpre, sèche; la respiration difficile, le pouls faible, petit; il se plaignait d'une lassitude générale, d'une douleur et d'un sentiment de pesanteur incommode dans la région épigastrique. Il eut des envies de vomir et des vomissements d'une matière qui ressemblait à une dissolution de chocolat dans l'eau, et dans laquelle nagaient comme des débris membraniformes de la même couleur. On lui pratiqua une saignée, vu que les symptômes indiqués devenaient de plus en plus graves. Les vomissements se répétèrent plusieurs fois; il survint différents symptômes nerveux qui simulaient une épilepsie durant les paroxysmes de la fièvre; un hoquet opiniâtre se joignit aux vomissements, et le malade ne tarda point à périr.

A l'autopsie on trouva les intestins tuméfiés et présentant une couleur analogue à celle des matières vomies; l'estomac était enflammé intérieurement, et ses vaisseaux capillaires gorgés de sang. La vésicule biliaire était presque vide. La couleur des poumons était noirâtre; il y avait adhérence de celui du côté droit avec la plèvre. Le ventricule droit du cœur contenait une production polypeuse.

Autre fièvre avec le même type.

N° 500. Une fille âgée de vingt-deux ans fut atteinte d'une fièvre double-tierce qui durait depuis plusieurs jours, lorsqu'elle présenta tous les symptômes d'une fièvre ardente, avec des douleurs assez fortes qui se faisaient sentir par tout le corps, mais surtout à la tête. Elle mourut.

L'autopsie fit voir vers la fin de l'iléon, le long de l'endroit où il s'unit au mésentère, un grand nombre de petits corps de forme et de grosseur très variées; il y en avait de semblables dans la matrice; ils étaient arrondis et ressemblaient à des glandes engorgées; l'ouverture de ces divers corps en fit sortir une humeur altérée. Les poumons étaient aussi un peu affectés; il y avait une production fibreuse dans le ventricule droit du cœur.

Autre avec le même type.

N° 501. Un portefaix âgé de cinquante ans, grand buveur, et souvent ivre, avait toujours été vigoureux et bien portant, lorsqu'il fut atteint d'une fièvre intermittente qui céda aux remèdes appropriés, mais laissa le malade enclin à des vomissements qui persistèrent opiniâtrément pendant assez long-temps; son estomac ne pouvait plus rien supporter. Pendant un mois que durèrent ces vomissements, il était parvenu à un état de maigreur et de dépérissement extraordinaires. La fièvre d'accès se manifesta de nouveau et présenta bientôt tous les caractères d'une fièvre lente; on lui administra inutilement un grand nombre de remèdes : il mourut. On en fit l'autopsie, et l'on trouva tous les viscères abdominaux dans l'état naturel, à l'exception de l'estomac et des intestins. Ces derniers présentaient çà et là des taches noirâtres ou livides bien marqées; l'estomac était déplacé, d'une longueur extraordinaire et singulièrement déformé; depuis l'endroit où finit l'œsophage, cet organe s'étendait en forme de tuyau et suivait une ligne droite, tout le long du côté gauche du ventre jusqu'au pubis, d'où il se réfléchissait tout-à-coup en se dirigeant à droite pour se joindre au duodénum. On trouva dans cet intestin une once et demie de mercure dont on avait administré trois onces au malade, dans la pensée qu'il était affecté d'un *iléus*.

L'anneau qui forme le pylore était comme divisé en trois protubérances très dures et de grosseur médiocre. La portion de l'estomac la plus rapprochée du pylore était aussi très dure sur le trajet de deux travers de doigt pris au-dessus du pylore; les membranes de cette portion étaient racornies et comme cartilagineuses; enfin la face interne de cet organe était d'une couleur livide jusqu'à une certaine distance au-dessus du racornissement. Il y avait aussi quelques lésions moins remarquables dans la poitrine.

Barrère, qui a fait beaucoup d'autopsies consignées dans son ouvrage intitulé *Recherches anatomiques*, déclare qu'il n'a eu occasion de faire que les suivantes sur des individus morts de fièvre intermittente :

Fièvre intermittente tierce.

No 502. Un militaire âgé de soixante ans avait eu une fièvre tierce qui, après un certain temps, dégénéra en lipyrie. Quand Barrère vit le malade, il avait une soif vive, se plaignait d'une chaleur brûlante à l'intérieur; le pouls était petit, fréquent, les extrémités froides. Vers la fin, il poussait des soupirs et parlait de temps en temps seul, sans savoir ce qu'il disait; il mourut.

L'ouverture du cadavre fit voir deux taches livides dans l'intestin colon. La vésicule était remplie d'une bile épaisse et noire; le foie était énorme, et contenait dans son intérieur une tumeur enkystée qui pesait environ une once et demie, et dans laquelle se trouvaient sept pierres cubiques pesant chacune à peu près un gros.

Fièvre intermittente double-tierce.

No 503. Une dame âgée de soixante-deux ans avait eu une fièvre double-tierce qu'on avait guérie par la saignée, une purgation et quelques prises de kina. Un mois après, cette dame eut quelques accès de fièvre qui furent pendant quelque temps réglés, et revinrent ensuite sans ordre; enfin la fièvre intermittente se changea en fièvre lente continue, laquelle fut bientôt accompagnée d'un vomissement opiniâtre qui revenait tous les deux ou trois jours. La malade rendit vers la fin une matière noirâtre, sanguinolente et huileuse, après quoi elle succomba.

Barrère en fit l'autopsie, et remarqua à travers l'épiploon un corps blanc à peu près comme un petit boudin, de la longueur de deux pouces, sur un pouce et demi de large. Cette tumeur n'était autre chose que le pylore endurci et obstrué; il ouvrit cette tumeur, de l'intérieur de laquelle s'exhalait une puanteur horrible; la partie supérieure était ulcérée et livide; toutes les parties du bas-ventre étaient atrophiées.

Fièvre intermittente tierce.

No 504. Aurivillius rapporte qu'un jeune homme ayant voulu traverser à pied une rivière dont la surface était glacée, tomba dans l'eau, d'où il ne tarda point à être retiré; mais ayant été saisi par le froid et frappé de terreur à l'aspect du danger qu'il avait couru, il fut atteint d'une fièvre tierce qui s'annonçait par des oppressions et des constrictions vives dans la région du colon. Les quatre ou cinq premiers accès ne furent pas très alarmants; mais un soir la fièvre se déclara avec plus d'intensité; il y eut cardialgie violente, sorte de fureur, visage horrible, plaintes, agitations continuelles, etc.; le malade tomba enfin dans un profond assoupissement, et le surlendemain il expira.

L'ouverture du cadavre fit voir une couleur jaunâtre répandue dans l'abdomen, et des points enflammés, épars en grand nombre dans le mésentère, l'épiploon et les intestins. (*Dissert. de febr. intermit. malig.*)

N° 505. Sénac convient aussi qu'à la suite des fièvres intermittentes devenues mortelles, il a constamment trouvé des lésions plus ou moins remarquables dans les viscères contenus dans l'abdomen. Après avoir dit que l'estomac était souvent le siége de cette lésion, il continue ainsi : « *At hepati imprimis inusta reperitur labes; albidum est et maceratum vel contrà sanguine turgens nigerrimâ; nonnunquam mole auctum, induratum, glandulis flavis obsitum. Pancreas non minus afficitur per febrium intermittentium vim; in nonnullis cadaveribus quœdam tantùm ejus partis puncta videntur obstructa, in aliis universa ejus moles squirrhosam aut insigniter auctam se obtulit. Lien excrescit in summam aliquando molem; repletur nimirum sanguine atro, picis instar; abit dein in putrilaginem ita ut in quibusdam crepuerit. Multa etiam recidunt vitia in peritonœum et mesenterium, in iis memorantur reperti scirrhi et abscessus. Ego, lustratis his partibus, lœsas prœsertim observavi mesenterii glandulas. In intestinis nonnulla observantur vitia quœ febri tribui possunt. Varias angustias imprimis in intestino colo reperi, variis in locis tumescunt et in aliis constricta sunt.* » (*De reconditâ febr. interm., nat.*, p. 128.)

Lieutaud (dans son *Historia anatomico-medica*) rapporte un grand nombre d'autopsies de fièvres intermittentes, qui toutes font voir des lésions plus ou moins remarquables dans les viscères abdominaux, surtout gastriques. Nous avons déjà puisé dans cet ouvrage important quelques uns des faits rapportés précédemment, nous en extrairons encore les observations suivantes :

Fièvre inntermittente qui alterne avec une éruption cutanée.

N° 506. Un noble âgé de cinquante ans, dont la table était somptueuse, fut pris de fièvre intermittente accompagnée de vomissement; il se plaignit bientôt d'un feu ardent dans l'estomac; il devint mélancolique, inquiet, et ne pouvait se livrer au sommeil. Pendant ce temps, survint une éruption miliaire, avec une vive démangeaison à la peau, et la fièvre cessa. Le malade s'étant exposé au froid, l'éruption disparut, et la fièvre revint accompagnée de céphalalgie, de vomissement, puis d'une cardialgie si forte, que le malade ne pouvait se coucher sur le côté gauche sans éprouver de la douleur. Enfin, le vomissement amena du sang; il survint du délire et des sueurs froides qui précédèrent immédiatement sa mort.

L'autopsie fit voir une rate à demi putréfiée; l'estomac tuméfié, enflammé, et présentant près du pylore une tumeur de la grosseur d'une orange, et de nature carcinomateuse, qui pesait cinq onces; les intestins contenaient, de même que l'estomac, du sang noir et altéré. (*Liv.* 1er, obs. 100.)

Fièvre intermittente tantôt tierce, tantôt double-tierce.

N° 507. Un individu, atteint de fièvre intermittente dont quelques symptômes semblaient indiquer la présence des vers, en fut guéri, en quinze jours, par l'usage des fébrifuges ordinaires. Cette fièvre revint tantôt sous le type tierce, tantôt sous celui de double-tierce; mais ayant été négligée, ses symptômes devinrent plus intenses; les forces du malade s'épuisèrent; il survint des convulsions, puis comme un accès d'épilepsie qui emporta le malade.

L'ouverture du cadavre ayant été faite, on trouva l'intestin jéjunum frappé en plusieurs endroits de gangrène, et un très grand nombre de vers lombrics rassemblés en divers pelotons; l'estomac contenait de la bile corrompue. (*Liv.* 1er, obs. 302.)

Autre fièvre de même type.

No 508. Une fille âgée de trente ans, d'une faible santé, et qui avait l'habitude de se faire saigner fréquemment, eut une fièvre intermittente dont elle fut traitée, et qui paraissait guérie, lorsqu'elle périt comme en syncope.

On remarqua à l'ouverture du corps que les veines du cerveau étaient gonflées d'air, le péricarde plein d'eau; que la rate présentait un très grand volume, et que l'estomac était extroardinairement altéré et rétréci. (*Liv.* 2e, obs. 621.)

Fièvre intermittente subintrante.

No 509. Un homme déjà avancé en âge fut atteint de fièvre intermittente, du genre des subintrantes, accompagnée de cardialgie et d'une douleur de tête violente. Il fut pris d'œdème par tout le corps, dont la surface lui causait une démangeaison insupportable. Le ventre ayant aussi augmenté de volume, il survint un état de stupeur, de délire, et le malade succomba.

A l'autopsie, on trouva non seulement le foie, l'estomac et les intestins d'une couleur rouge foncée, mais encore le cerveau lui-même. Dans le foie, se trouvait un abcès rempli de sang; la vésicule était distendue par de la bile d'un vert noirâtre. (*Liv.* 1er, obs. 740.)

Fièvre intermittente simulant l'apoplexie.

No 510. Un peintre, attaqué de fièvre intermittente, fut tout-à-coup enlevé par un accès qui présenta tous les caractères d'une apoplexie.

On fit l'ouverture du cadavre, et l'on vit que la rate présentait dans son intérieur un kyste rempli de matière putride. Les poumons présentaient une altération semblable; le cœur était volumineux. L'arachnoïde était d'une épaisseur et d'une dureté semblables à celles de la dure-mère. (*Liv.* 1er, obs. 959.)

Autre fièvre de même type.

No 511. A l'autopsie d'un jeune homme de vingt ans, mort d'une fièvre intermittente qui avait duré assez long-temps, et avait été accompagnée de dysenterie, on trouva un abcès considérable à la partie postérieure du foie. La rate était comme putréfiée et diffluente sous les doigts. Les intestins étaient distendus par des gaz, et présentaient à l'intérieur des taches livides; enfin le colon présentait à l'extérieur une couleur livide, et était ulcéré sur toute sa surface interne. (*Ibid.*, obs. 978.)

No 512. Médicus, dans plusieurs épidémies de fièvres intermittentes qu'il a observées, et entre autres dans celle qui régna en 1759 à Manheim, a constamment trouvé chez les malades qui succombèrent à ces fièvres, des lésions très remarquables dans le canal digestif. Dans la dernière épidémie dont il s'agit, l'autopsie faisait voir tout le canal alimentaire frappé de sphacèle.

Fièvre rémittente maligne.

No 513. Barthez rapporte qu'un soldat allemand fut attaqué d'une fièvre maligne du genre des rémittentes; il fut saigné cinq fois dans un temps assez court; cependant le bas-ventre se météorisa; il y sentit une douleur fixe du côté gauche; il avait le pouls très dur, et tous les signes d'une inflammation des intestins. On lui appliqua, suivant le conseil de Pringle, un vésicatoire sur la partie affectée, et celui-là ne paraissant pas avoir bien pris, on en appliqua un second entre les épaules. Fondé sur les expériences de Pringle, nous espérions obtenir une prompte guérison dans ce cas-ci; mais nous fûmes bien trompé; le malade tomba dans la frénésie et mourut. On lui avait fait boire

abondamment de la tisane de guimauve avec la graine de lin et du petit-lait nitré.

A l'ouverture du cadavre, je trouvai les intestins enflammés en plusieurs endroits, du sang épanché dans le bassinet du rein gauche; la surface de ce rein, et même du droit, avait plusieurs taches noirâtres; la membrane interne des uretères et de la vessie était enflammée. Je trouvai une portion d'intestin qui rentrait dans une autre; le malade n'avait point eu cependant de symptômes de passion iliaque. La surface postérieure des poumons présentait plusieurs taches comme gangréneuses. Les vaisseaux de la pie-mère étaient variqueux et séparés par un tissu *filtré*.

« Quoique cet événement ne soit point à mon avantage, dit cet illustre médecin, je ne fais aucune difficulté de le rapporter, puisque mon aveu peut fournir des réflexions qui le rendront utile. » (*Constitution épidémique du Cotentin*, an 1756.)

No 514. Grant rapporte qu'ayant assisté à Rouen à l'autopsie de plusieurs individus morts de fièvres intermittentes, il a vu que, chez quelques uns, les poumons étaient surchargés de sang, et qu'il y avait beaucoup d'eau dans la poitrine; que les vaisseaux du cœur étaient très distendus et les gros vaisseaux beaucoup élargis; que tous avaient le ventricule et les intestins fort tendus par de l'air, et que, chez le plus grand nombre, il y avait des taches gangréneuses, dans ces organes, quelquefois des excoriations dans le ventricule; chez tous il y avait de l'eau jaunâtre répandue dans l'abdomen; le foie était volumineux et les vaisseaux de la veine porte distendus par un sang noir; la rate était très considérable et parsemée de taches pourprées. Chez plusieurs, les glandes mésentériques étaient durcies et fort grosses; le pancréas chez quelques uns était aussi affecté, et tout leur corps privé de sa graisse. (*Recherches sur les fièvres*, t. I.)

No 515. Les nombreuses autopsies que Rœderer et Wagler ont pratiquées durant l'épidémie de Gœttingue, épidémie de fièvres tantôt intermittentes, tantôt continues et rémittentes, leur ont constamment fait voir des lésions très considérables dans les organes digestifs et leurs annexes, le foie, la rate, le pancréas, etc. Tous les exemples d'autopsie consignés dans leur ouvrage attestent les lésions dont il s'agit: on voit que chez tous l'inflammation a laissé des traces plus ou moins profondes, plus ou moins étendues, dans l'estomac et les intestins : tantôt ce sont des rougeurs et comme des injections anatomiques, tantôt des développements extraordinaires des follicules muqueux, et des rugosités rougeâtres; tantôt des taches plus ou moins foncées; tantôt des ulcérations et des escarres gangréneuses. Dans le foie et la rate, ce sont des changements plus ou moins remarquables dans leur volume, leur couleur et leur consistance; quelquefois il y a des abcès et des désorganisations profondes. (*Traité de la maladie muqueuse*. Lyon, 1806.)

No 516. Thomas de Salisbury, dans sa *Médecine pratique*, t. I, dit: « En ouvrant le corps des individus morts à la suite d'une fièvre intermittente, on trouve ordinairement une altération dans quelques uns des viscères de la poitrine et de l'abdomen; mais le foie, la rate et le mésentère paraissent attaqués beaucoup plus fréquemment que les autres. »

No 517. Le docteur Hamilton (*Epidémie de Walcheren*), en rendant compte de l'autopsie de quatre-vingts sujets morts de fièvres intermittentes et rémittentes, dit : « que chez tous la rate était viciée, altérée; qu'on la trouva toujours molle, facile à déchirer, et pesant de trois à cinq livres; qu'on observa fréquemment des tubercules à sa surface, des signes d'inflammation et d'ulcération, non seulement sur la membrane, mais dans le tissu lui-même. Après

la rate, l'organe le plus altéré était le foie; il avait généralement un volume extraordinaire, une grande flaccidité et des signes d'induration ou d'épaisissement. L'estomac se montra très souvent contracté depuis son milieu jusqu'au pylore, et dans beaucoup de circonstances fortement corrodé, surtout vers sa grande courbure.

» Ordinairement le péritoine n'était pas exempt d'inflammation, d'adhérence et de dégénération purulentes à sa surface ; ses duplicatures, formant les épiploons, étaient communément absorbées presque en entier ; souvent il ne restait qu'un plexus de vaisseaux attachés à l'estomac, au colon, et d'une couleur foncée, verdâtre ; les intestins, ordinairement sains, présentèrent quelquefois des adhérences et des intussusceptions; mais chez ceux qui avaient succombé avec la dysenterie, les gros intestins furent trouvés dans un état de forte contraction, d'inflammation et d'ulcération ; quelquefois les ulcères gagnérent le cœcum et plus ou moins haut dans les intestins grêles. »

N° 518. Wilson Philip dit « qu'à l'autopsie de ceux qui meurent de fièvres intermittentes, on trouve très fréquemment l'estomac, les intestins, le péritoine et le mésentère enflammés et d'une couleur brunâtre, et quelquefois sphacélés. L'épiploon et le mésentère paraissent quelquefois usés ; dans d'autres cas ils paraissent avoir des tumeurs formées dans leur substance. L'estomac et les intestins sont souvent dilatés par suite de l'air qui les a distendus; et dans différentes portions des derniers, on observe fréquemment des constrictions surnaturelles ; la vésicule du fiel est souvent gonflée, et on trouve dans l'estomac et les intestins une quantité extraordinaire de bile. Le foie est fréquemment durci et plus développé, quelquefois il est diminué de volume et d'une couleur blanchâtre ; on l'a trouvé de temps en temps, six ou sept heures seulement après la mort, mou, et, comme on dit, en putréfaction. Dans quelques cas, il semble engorgé de sang, la veine porte se trouvant très dilatée; dans d'autres, il est teint de bile. On trouve de plus le pancréas quelquefois ulcéré, plus fréquemment dans un état d'induration. La rate est particulièrement sujette à s'affecter ; elle est souvent augmentée, et pèse fréquemment plusieurs livres ; quelquefois sa structure a été si complètement détruite, qu'elle présente l'apparence d'un sang coagulé, enveloppé dans une membrane; plus fréquemment elle est dans un état d'induration qu'on a appelé *gâteau de la fièvre intermittente ;* elle est sensible au toucher du malade, à travers les téguments de l'abdomen. On a trouvé aussi le mésentère et d'autres petites glandes de l'abdomen dans un état d'induration. » (*Des fièvres intermittentes et rémittentes*, p. 104.)

M. Portal conclut de toutes les observations qu'il a recueillies, de toutes les autopsies qu'il a faites d'individus atteints de fièvres intermittentes, continues, rémittentes, syncopales, pernicieuses, etc., qu'on rencontre presque constamment chez ces individus des altérations assez considérables du foie, de la rate, de l'estomac, des intestins, du mésentère, du pancréas, de l'épiploon, tantôt dans plusieurs de ces organes à la fois, tantôt dans quelques uns seulement; il dit que ces altérations sont presque toujours annoncées pendant la vie par quelques symptômes, tels que l'inappétence, les nausées, les vomissements, les douleurs opiniâtres dans la région épigastrique, à la tête, ou dans diverses parties du corps; le teint plombé ou jaunâtre, souvent avec rénitence ou gonflement dans la région du foie; des vents, des borborygmes, etc. Je vais rapporter la plupart des observations recueillies par cet illustre praticien.

Fièvre intermittente automnale.

No 519. Daubert, domestique, âgé de vingt-neuf ans, d'un tempérament assez fort, éprouve dans l'automne de 1769 des accès de fièvre qui ne furent ni violents ni bien réguliers. On lui prescrit, après un certain nombre d'accès, une once de quinquina à prendre par jour dans une décoction de racine de patience. la fièvre cesse le troisième jour du traitement; mais le malade ne recouvre point ses forces ordinaires, conserve du dégoût pour les aliments, surtout du règne animal; son sommeil est fréquemment interrompu par des rêves fatigants; il continue de maigrir; son teint s'altère, sa faiblesse augmente: la région épigastrique est douloureuse à la pression; la tête se prend, le délire survient; le ventre est gonflé, tendu, le pouls très variable, tantôt petit, serré, tantôt très développé; on le saigne et on place des vésicatoires aux jambes La tête ne se débarrasse point, le délire continue, et le malade meurt de sa fièvre maligne.

L'autopsie fait voir une livre d'eau rougeâtre dans le ventre; l'épiploon plein d'une matière jaunâtre et gluante; l'estomac fort ample, couvert de vaisseaux pleins de sang noirâtre; les intestins, surtout les grêles, gonflés d'air, et en divers endroits phlogosés; le foie d'un volume monstrueux, d'un rouge violet, contenant des noyaux squirrheux, grisâtres. Léger épanchement dans le crâne; ventricules remplis d'eau limpide; texture du cerveau assez molle.

Fièvre intermittente tierce, puis continue avec des redoublements.

No 520. Mademoiselle de Faverol, âgée de soixante ans, commençait à maigrir, à éprouver des coliques d'abord légères et rares, mais qui devinrent plus vives et plus fréquentes; ses digestions étaient pénibles, lorsqu'elle fut atteinte de fièvre tierce, dans l'automne de 1785. Les accès en furent d'abord très réguliers, ensuite irréguliers, tant pour leur type que pour leur intensité et leur durée. Ils étaient quelquefois précédés d'un froid extrême, et d'autres fois la chaleur avait lieu subitement. Ces accès étaient souvent accompagnés de vives coliques dont la malade rapportait le siége dans la région épigastrique et le long des fausses côtes droites: elle éprouvait, à la suite de ces douleurs, un dévoiement considérable. L'ipécacuanha donné plusieurs fois comme vomitif ou comme altérant, la décoction de grande consoude, la décoction blanche de Sydenham, l'eau de riz, les électuaires, les bols et les pilules astringentes réunies aux anodins, furent employés inutilement. La fièvre devint continue avec des redoublements irréguliers; la langue était chargée, les urines rouges; il y avait des nausées et des envies de vomir continuelles au commencement des redoublements; quelquefois la malade vomissait des matières jaunes ou noirâtres. Bientôt la tête s'embarrassa; le délire devint continuel; le ventre se météorisa; le pouls devint faible, irrégulier, intermittent; la langue noircit, se dessécha; des tremblements survinrent dans les membres, et la mort arriva.

A l'ouverture du corps, on trouva l'estomac très ample, l'œsophage allongé dans le bas-ventre; les intestins grêles rouges, comme enflammés, et rétrécis en quelques endroits, ainsi que les gros intestins; la rate était volumineuse et pleine de sang noir; les veines spléniques, mésentériques, hépatiques, ainsi que le tronc de la veine porte, étaient pleins de sang noirâtre; le foie était très ample, endurci dans sa portion épigastrique, et rouge en quelques endroits. Le pancréas était rouge et dur.

Fièvre rémittente maligne.

No 521. Un jeune homme de dix-neuf ans s'enrôle comme volontaire dans la guerre de la Vendée, où il est pris, durant l'automne, d'une fièvre rémittente maligne qui y régnait alors. Mis dans une espèce de convalescence par le traitement employé, il revient à Paris. La fièvre se renouvelle, tantôt continue, tantôt irrégulièrement intermittente ; les jambes s'enflent, le visage se décolore ; cependant le malade éprouve une faim dévorante, mange continuellement et les plus mauvais aliments. Bientôt il se plaint d'une gêne douloureuse dans la région épigastrique ; les hypocondres se tuméfient, le ventre se météorise, l'infiltration des jambes et du bas-ventre augmente ; la respiration est plus embarrassée ; le pouls est faible, irrégulier. Il meurt.

L'autopsie fait voir de l'eau épanchée dans la poitrine, le péricarde et l'abdomen ; le foie était plus volumineux que dans l'état naturel ; sa couleur était verdâtre, même à l'intérieur ; sa texture était granuleuse, inégalement compacte. L'estomac était ample, ses tuniques blanches, quoique ses vaisseaux sanguins fussent pleins d'un sang noir, et que sa cavité contînt une humeur filamenteuse, noirâtre. Les veines de l'épiploon, ainsi que celles du mésentère, étaient pleines de sang ; mais les cellules de la rate l'étaient bien davantage ; ce viscère était gonflé, sans être dur ; ses vaisseaux courts qui se répandent sur la grosse tubérosité de l'estomac, étaient très gonflés de sang. Les glandes du mésentère étaient pleines d'une humeur grisâtre, et les parois des intestins présentaient le même état que celles de l'estomac.

Fièvre intermittente tierce, puis quarte, et à la fin très irrégulière.

No522. Un menuisier, qui avait éprouvé, durant l'été de 1799, une fièvre maligne très dangereuse, paraissait guéri, lorsqu'il lui survint, au commencement de l'automne, une fièvre intermittente, d'abord réglée en tierce, ensuite en quarte, et à la fin très irrégulière. Il eut huit ou dix accès : la jaunisse survint avec une vive douleur dans l'hypocondre droit et un gonflement apparent ; il y avait difficulté de respirer, envies fréquentes de vomir ; urine rouge ; pouls gêné, irrégulier. La douleur augmenta ; le hoquet, les vomissements se succédèrent ; la fièvre devint brûlante ; les selles se supprimèrent, et le malade mourut.

On trouva, à l'ouverture du cadavre, le foie très dur et blanchâtre dans sa substance, excepté sous le diaphragme où il était livide et en putréfaction ; le diaphragme était aussi, en cet endroit, enflammé, ramolli, aminci, et paraissait au moment de s'ouvrir dans la poitrine ; il était fort adhérent autour de ce dépôt dans le foie, et d'un rouge noirâtre à son contour, comme de la lie de vin dans une certaine étendue. On ne parle pas des autres organes.

Fièvre intermittente tierce qui devient maligne.

No 523. Une dame âgée de trente-cinq ans, d'un tempérament sensible et irritable, jouissait d'une bonne santé, lorsqu'à la suite d'un violent chagrin ses digestions se troublèrent ; elle devint jaune et maigrit considérablement. On prescrivit des apéritifs ; il survint une fièvre intermitente dont les accès furent réglés en tierce, mais souvent irréguliers. Le quinquina fut inutilement prescrit, même à haute dose ; la malade fut envoyée aux eaux de Bourbon-l'Archambauld, où elle eut à peine commencé d'en faire usage qu'il se déclara une vraie fièvre maligne, si fâcheuse que la malade y succomba en peu de jours.

L'autopsie fit voir de la sérosité épanchée dans la poitrine et le bas-ventre ;

l'estomac était rétréci, la rate gonflée, le foie dur et plein de concrétions compactes; la vésicule du fiel contenait un liquide noir, peu consistant; les vaisseaux du cerveau étaient engorgés.

Fièvre rémittente tierce.

N° 524. Un homme âgé de trente-deux ans fut consulter M. Portal, le 3 mai 1777; il avait le teint d'un jaune obscur, se plaignait de nausées, de dégoût pour les aliments, et d'une grande faiblesse. On lui trouva un peu de fièvre; le ventre un peu gonflé et rénitent, surtout dans la région épigastrique; l'hypocondre droit était un peu douloureux. On prescrivit un vomitif qui évacua beaucoup par le haut et par le bas; on ordonna un lavement et une tisane faite avec le chiendent, les fleurs de tilleul et la chicorée sauvage. Le lendemain, le malade parut mieux. Mêmes moyens; mais un redoublement violent, suivi d'une faiblesse syncopale, eut lieu dans la soirée. On prescrit demi-once de quinquina, vésicatoires aux jambes. La fièvre parut diminuer le lendemain; mais le surlendemain au soir, le redoublement fut presque aussi fort que celui de l'avant-veille. Le quinquina donné à plus haute dose, les pilules camphrées et nitrées *n'empêchèrent* pas celui du lendemain d'être plus violent. La tête s'embarrassa; un délire continuel survint; le malade avait le hoquet et des vomituritions de matières noirâtres, des soubresauts des tendons; les extrémités étaient glacées, tandis que les régions supérieures de l'abdomen étaient brûlantes, ainsi que la tête. Le pouls devint faible, irrégulier, la respiration stertoreuse, et le malade mourut.

L'autopsie fit voir plus d'une pinte d'eau verdâtre épanchée dans l'abdomen; le foie était dur comme du cuir dans la portion logée dans l'épigastre, tandis que le lobe droit était gonflé et ramolli; le petit lobe était aussi plus gonflé que dans l'état naturel; la vésicule du fiel contenait beaucoup de bile noire, gluante, avec plusieurs calculs d'inégale grosseur. La rate était très grosse et pleine d'un sang noir; les veines stomachique, hépatique, splénique, mésentérique, étaient gorgées de sang très noir. (*Observations sur la nature et le traitement des maladies du foie,* 1813.)

Fièvre rémittente puis intermittente, précédée d'engorgements dans la région du foie et de l'estomac.

N° 525. Un homme avait éprouvé plusieurs fois des douleurs arthritiques vagues et des coliques très vives, dont on rapportait le siége au foie; il avait eu aussi des hémorroïdes qui avaient flué et qui ne fluaient plus depuis quelque temps, lorsqu'il consulta M. Portal, qui, l'ayant examiné, reconnut un empâtement dans les viscères abdominaux, surtout dans la région épigastrique, qui était gonflée, rénitente, et douloureuse au toucher; le foie était aussi gonflé et dépassait sensiblement les fausses côtes. De légères saignées au fondement par les sangsues, des boissons relâchantes et légèrement apéritives furent d'abord prescrites; ensuite on prescrivit des remèdes plus apéritifs, comme les eaux de Vichy, les sucs dépurés des plantes chicoracées et des pilules savonneuses. Tous ces remèdes parurent d'abord agir efficacement, mais il survint une fièvre continue avec des redoublements peu réguliers. Cette fièvre dura quinze jours, pendant lesquels le malade rendit, par le haut et par le bas, des matières noires et fuligineuses; les urines étaient troubles, la peau brûlante et la bouche sèche; la fièvre passa au type intermittent, puis devint plus grave; le malade passait de l'agitation à l'assoupissement le plus profond; il survint des tremblements de mains, des soubresauts dans les tendons, des sueurs partielles, et il succomba.

L'autopsie fit voir l'estomac et les intestins gonflés d'air et marqués de quelques taches d'inflammation; l'estomac était racorni vers le pylore; la

face interne de ce viscère, qui était noirâtre dans plusieurs points de son étendue, transsudait, par une légère pression, une matière noire, filandreuse et semblable à celle que le malade avait rendue par le vomissement et par les selles. Les veines gastriques supérieures, ainsi que les veines spléniques des vaisseaux courts, étaient remplies d'un sang épais noirâtre, et ressemblant à l'humeur épanchée dans la cavité de l'estomac. L'intestin iléum était d'une couleur noire, très foncée en quelques endroits, surtout à sa face interne. Les veines mésaraïques étaient aussi très dilatées et pleines d'un sang noir. La rate était plus volumineuse, plus dure que dans l'état sain. Le foie, principalement le petit lobe, était extraordinairement volumineux; la surface externe de ce viscère était inégale et parsemée de sillons plus ou moins profonds; le tissu était plus rapproché et endurci; la portion contiguë au bord de l'estomac était plus rouge, plus molle, et contenait une substance puriforme; dans cet endroit les vaisseaux de l'estomac étaient remplis de sang et dilatés. (*Mémoires sur plusieurs maladies*, t. II.)

Fièvre rémittente automnale.

N° 526. Broyer, âgé de trente-cinq ans, part en qualité de soldat volontaire pour la Vendée; il y contracte, au commencement de l'automne, la maladie qui y régnait (fièvre rémittente). Il éprouve d'abord une grande lassitude sans raison apparente; il a du dégoût pour les aliments, des nausées avec une sensation douloureuse dans la région épigastrique; des vomissements surviennent assez fréquemment. Le malade maigrit; la fièvre s'allume et devient continue avec des redoublements assez réguliers. On le purge plusieurs fois et on prescrit le quinquina à forte dose. La fièvre diminue et s'arrête; le malade paraît se rétablir; il retourne à Paris, où il jouit d'une faible santé, qu'on regarde comme une convalescence. Cependant il éprouve de nouveau quelques accès de fièvre; le dégoût pour les aliments revient; les urines sont rares, rougeâtres; les jambes s'enflent, le visage se bouffit, la respiration est un peu gênée, le pouls est très embarrassé; le bas-ventre est gonflé, dur, surtout vers la région du foie. L'enflure augmente, la respiration devient de plus en plus difficile; enfin le malade éprouve des crachements abondants de sang, dont il rend aussi par les selles, et meurt quelques jours après.

A l'autopsie on trouva deux pintes d'eau d'une grande fétidité dans le bas-ventre; le foie beaucoup plus volumineux que dans l'état naturel, et d'une couleur foncée tirant sur le vert; la portion de cet organe qui est située dans la région épigastrique très gonflée et déprimant l'estomac; sa substance bien plus compacte qu'à l'ordinaire, noirâtre et imbibée d'une liqueur sanguinolente; la vésicule du fiel très gonflée et pleine d'une bile noire, le canal cystique oblitéré. On trouva les rameaux de la veine porte dans le mésentère, dans l'épiploon, dans la rate, gonflés et pleins d'un sang noir. La rate n'était pas de beaucoup plus volumineuse qu'à l'ordinaire, mais elle était compacte et plus dure que le foie lui-même. L'estomac était beaucoup plus ample que dans l'état naturel; ses vaisseaux, surtout les courts, étaient pleins d'un sang noir; il contenait une humeur noirâtre et filamenteuse. Le pylore était dur, gonflé et rétréci dans son contour. (*Id., ibid.*)

Fièvre intermittente quarte, puis tierce, puis double-quarte, et enfin irrégulière.

N° 527. M. Carron-d'Annecy rapporte qu'une domestique âgée de soixante ans, eut, depuis le commencement de septembre 1805, des accès de fièvre quarte qui prirent bientôt le type de fièvre tierce simple ou double et de fièvre double-quarte. Elle se borna à l'usage de quelques remèdes purgatifs, et avait cette fièvre depuis six mois, lorsque M. Carron fut appelé auprès de la

malade. Elle avait beaucoup maigri; un ictère général s'était manifesté depuis quelques jours. Le ventre était empâté, très douloureux, surtout vers le petit lobe du foie. La malade éprouvait de violentes douleurs au creux de l'estomac, accompagnées d'envie de vomir; la langue était presque naturelle; il y avait constipation ou diarrhée, appétit nul, soif habituelle, mains brûlantes, surtout à la paume. La fièvre n'observait plus de type régulier; elle venait quelquefois tous les jours, le matin ou l'après-midi, d'autres fois elle était plus forte le troisième jour. Les sucs d'herbes et plusieurs autres moyens employés ne diminuèrent ni la fièvre ni la jaunisse. Après plus d'un mois de traitement infructueux, on donna quelques doses de quinquina : la fièvre n'en éprouva aucune diminution; les douleurs d'estomac furent plus vives. La malade revint aux sucs d'herbes qu'elle continua; elle ne vécut que de racines et n'usa que de bière pour boisson. Après quelques jours elle eut un peu plus d'appétit; la fièvre ne parut sensible que le soir. Cette légère amélioration ne fut pas de longue durée; les douleurs devinrent plus vives; elles ne cédèrent plus à l'opium; l'ictère était presque noir.

La malade éprouvait une vive démangeaison à la peau, devenue sèche et brûlante ; l'insomnie et la soif étaient habituelles; plus d'appétit pour aucun aliment; diarrhée fatigante, sueurs nocturnes continuelles, ventre très tendu et douloureux dans toute la région du foie; mort.

L'autopsie fit voir un foie d'un volume énorme, couvrant l'estomac et s'étendant à la rate, qui n'était pas plus grosse que dans l'état sain ; la couleur du foie était verdâtre; il contenait dans son parenchyme une grande quantité de sérosité; il était atteint d'une véritable hydropisie. La vésicule du fiel était très enflée et contenait une grande quantité de bile poisseuse. Le pancréas était très volumineux, squirrheux et en partie carcinomateux; les autres organes parurent sains. (*Journal général de médecine*, t. XXXIV.)

Pour continuer l'exposition de tout ce que l'anatomie pathologique nous offre de plus intéressant touchant les fièvres intermittentes, nous allons faire connaître les recherches de M. Broussais à cet égard, et extraire de son excellent *Traité des phlegmasies chroniques*, les observations suivantes recueillies en 1806 et 1807.

Fièvre rémittente ataxique.

No 528. Venter, âgé de vingt-deux ans, se présenta, le 13 juillet 1807, à ma visite, avec les symptômes d'un embarras gastrique, c'est-à-dire anorexie, légères nausées, un peu d'abattement. Je le traitai par les adoucissants et les acidules. Un soulagement assez prompt me permit de lui accorder les aliments qu'il désirait. Après cinq à six jours de cet état ambigu, le malade se plaignit de passer de mauvaises nuits ; il me dit qu'il avait du frisson et que ses idées se confondaient. Comme je l'avais relâché et humecté pendant plusieurs jours, je ne crus courir aucun risque en opposant à ses accès nocturnes quelques doses de quinquina et un peu de vin. N'ayant pas obtenu d'amélioration ce jour et le jour suivant, je l'observai le soir, et je vis qu'il avait la peau chaude, le visage *grippé*, le pouls accéléré, qu'il se découvrait et changeait fréquemment de position. Dès lors, je fus convaincu qu'il avait une gastrite obscure qui tendait à devenir aiguë et violente. J'insistai donc sur la diète et les muqueux acidules; mais il ne fut point soulagé. J'appris par ses voisins que, pendant les accès nocturnes, il délirait, faisait effort pour se lever, éprouvait des tremblements, grinçait des dents, perdait connaissance. Ces symptômes me firent mettre en doute la phlogose qui, d'abord, avait fixé mon attention. Qui n'aurait en pareille circonstance pensé aux fièvres intermittentes ataxiques? Venter, examiné le lendemain matin, parut inquiet, agité, mais sans mouvement fébrile. Les souffrances allèrent tou-

jours en croissant à mesure que la journée s'avançait, et il ne tarda point à succomber.

Autopsie.— Aucun désordre appréciable dans la tête et la poitrine. La membrane muqueuse de l'estomac était épaissie, rouge, et même noire. Celle des intestins offrait le même aspect; les grêles étaient peu contractés; mais le colon était tellement resserré qu'il n'avait plus de cavité. Depuis le cardia jusqu'à l'anus, la membrane muqueuse phlogosée ne contenait autre chose qu'une exsudation très blanche, très solide, membraniforme, assez difficile à détacher. (*Phlegmasies chroniques*, t. II.)

Fièvre intermittente quotidienne.

N° 529. Bernard, soldat au 92e régiment, âgé de vingt-un ans, n'avait eu aucune maladie considérable depuis celles de l'enfance; mais il était sujet à de fréquents rhumes, depuis son arrivée au corps. Il garda neuf jours une fièvre quotidienne avec diarrhée avant d'entrer à l'hôpital. On le traita d'abord par le vomitif et le quinquina; mais au bout de cinq jours il fut évacué sur mon service. En conséquence de la dyspnée, d'une toux sèche, de la diarrhée et d'une extrême sensibilité gastrique, je me déterminai à combattre le type intermittent par la teinture vineuse d'opium étendue dans les juleps gommeux. En quatre jours, il n'en restait plus de traces, et les selles, de quinze étaient réduites à trois. Le type fébrile effacé, je bornai mon traitement aux adoucissants; un léger appétit se déclara; la fréquence du pouls et la chaleur diminuèrent. Il jouit de ce calme pendant trois jours, j'augmentais toujours un peu les aliments. Tout-à-coup, retour des premiers symptômes; le malaise et le dégoût sont à leur comble; respiration convulsive, toux continuelle, décomposition rapide des traits, amaigrissement subit. Tous ses maux s'exaspèrent; sorte de désespoir; agonie très violente qui termine ses tourments.

Autopsie.—Poumons volumineux très engorgés, crépitants et libres; cœur manifestement dilaté dans ses quatre cavités qui renfermaient des concrétions très bien organisées. Estomac rétréci, les parois en contact, sa muqueuse épaissie et d'un rouge porté au noir, sans ulcération. La rougeur de celle du colon était beaucoup moins foncée et toujours sans ulcère. Le foie, très rouge et très volumineux, laissait suinter beaucoup de sang à la coupe. (*Id., ibid.*)

Fièvre ataxique avec le type tierce.

530. Certot, âgé de vingt-deux ans, d'une faible santé, fut saisi de la fièvre tierce le 19 juin 1807. Il entra à l'hôpital d'Udine le lendemain. A l'altération de ses traits, à la couleur particulière de la peau, je jugeai que cette maladie serait très rebelle; j'en accusais secrètement une atteinte profonde portée aux organes digestifs. L'excès d'anorexie sans aucun signe de saburre, sans rots, sans borborygmes, me fit croire que l'estomac était un des plus altérés. Cependant, le caractère ataxique des accès ne me permit pas de différer l'emploi du quinquina qui dissipa en effet la fièvre; mais le teint, les forces et l'appétit n'y gagnèrent rien. J'eus recours aux doux toniques combinés avec les adoucissants et au régime végétal féculent. La convalescence ne se confirmait point. Après sept à huit jours de cet état, la fièvre reparut. Cette fois le quinquina en substance fut repoussé par l'estomac, et sa présence accrut le malaise et l'anorexie. La décoction de cette écorce gommée et émulsionnée supprima les accès en deux ou trois jours. Cette rechute avait extraordinairement affaibli le patient, sa décoloration surtout me désespérait. Régime diététique et adoucissant. Néanmoins, au bout de quatre à cinq jours, le type tierce se rétablit. Le quinquina ne put être admis sous aucune forme; il entre-

tenait une douleur épigastrique insupportable : j'eus recours aux potions gommeuses et mucilagineuses anodines ; une chaleur continuelle avec tendance au frisson, et les progrès du dépérissement m'obligèrent d'y renoncer pour ne plus attaquer l'intermittence que par les moyens extérieurs. Les frictions avec la teinture alcoolique de quinquina me réussirent enfin, et je vis mon malade en pleine convalescence. Cependant il conservait sa mauvaise coloration et une sensibilité obscure à l'épigastre, qui ne l'empêchait pas de manger. Il était déjà aux trois quarts, sans qu'il y eût d'émotion fébrile appréciable, lorsque tout-à-coup tous les organes manquèrent à la fois : inappétence absolue, langueur, peau froide et pouls presque insensible, pâleur et décomposition cadavéreuse ; mort le cinquante-cinquième jour de sa maladie.

Autopsie.— Le poumon droit adhérent en quelques points par des productions gélatineuses semi-organisées, rougeur, imperméabilité à l'air d'une partie du parenchyme. Estomac rétréci dans la moitié pylorique, dilaté dans le bas-fond. Toute la muqueuse de cette portion tuméfiée, comme ecchymosée et d'un rouge très foncé. Muqueuse du colon rouge dans le commencement de cet intestin et dans le cœcum, saine dans la portion moyenne, rouge et tuméfiée dans la portion descendante, jusqu'à l'anus ; taches rouges assez étendues, mais éloignées dans la longueur des intestins grêles. (*Id.*, *ibid.*)



Fièvre intermittente quotidienne.

N° 531. Nollot, grenadier au 20e régiment d'infanterie de ligne, âgé d'environ vingt-trois ans, d'une très grande sensibilité, fut reçu à l'hôpital d'Udine, au trente-neuvième jour d'une fièvre quotidienne, de laquelle il avait déjà été traité dans un autre hôpital. Les accès étaient remarquables par un froid convulsif, fort long et fort vif, accompagné de beaucoup de tremblements et d'anxiété, durant lequel la face me parut très décomposée. L'apyrexie était complète ; on combattit au plus tôt la fièvre par le quinquina donné d'abord à six gros, puis diminué graduellement jusqu'à un ; en douze jours, on fit disparaître les accès ; mais une certaine fréquence du pouls, accompagnée de quelque chaleur fébrile et d'un commencement d'appétit, apprit qu'il était temps de supprimer la poudre de kina. On réduisait le malade aux boissons gommeuses, aux aliments féculents et légers. Le 10 septembre, quatorzième jour de son entrée et cinquante-troisième de sa maladie, Nollot se plaignit d'un léger mal de gorge, et le voile du palais était un peu rouge. Les adoucissants et une diminution dans les aliments dissipaient ces symptômes ; la fréquence du pouls était sensible le soir ; les forces ne faisaient pas de progrès. Infusions aromatiques légères et un peu de vin sucré Huit jours se passèrent sans changement. Le 18 septembre, vomissement muqueux et bilieux spontanés ; accélération du pouls avec chaleur âcre. Boissons gommeuses acidulées ; régime. Le 25, encore peu de changement ; on persista dans l'emploi des adoucissants et des aliments féculents et mucoso-sucrés ; état stationnaire. Le malade ne pouvait manger plus du quart de la portion, sans qu'un sentiment de plénitude à la région gastrique et quelques nausées survinssent ; le pouls est toujours accéléré, surtout le soir ; nulle augmentation des forces. Le 4 octobre, promenade ; le soir, fréquence, chaleur, malaise. Le 10, il trouvait ses forces accrues. Le vingt-neuvième jour (quatre-vingt-douzième de la maladie), Nollot, supportant déjà les trois quarts, demanda sa sortie. On la lui accorde pour le soustraire à l'ennui dont il se disait consumé dans l'hôpital. Il n'eut pas plus tôt mangé la portion entière qu'il se trouva mal, et le soir, il fut saisi d'un violent frisson suivi d'une chaleur très développée. Sa sortie fut ajournée ; l'accès se répéta huit fois. Il céda au régime et aux potions gommeuses, aromatisées et anodines. On n'eut garde

d'administrer le quinquina. Les redoublements fébriles du soir. la constipation et l'élévation légère du ventre, persistaient. Persévérance dans les adoucissants légèrement antispasmodiques et aromatisés, pour s'opposer au retour des accès. Enfin, le 2 novembre, Nollot quitta l'hôpital, conservant de la sensibilité dans les voies gastriques. Le 19, il rentra avec une forte diarrhée; les selles était au nombre de huit ou dix dans vingt-quatre heures. Pâleur, décoloration, anorexie : potions gommeuses avec le laudanum, eau de riz et bouillie pour toute nourriture. Le nombre des selles fut réduit à deux ou trois; mais elles devinrent très abondantes le 27. Le marasme fit d'effrayants progrès, et le malade s'éteignit paisiblement et sans douleur, le 4 décembre 1806.

Autopsie. — Rougeur assez foncée et gonflement de la muqueuse de l'estomac qui cependant n'était point resserré; rougeur des intestins grêles, surtout de l'iléum; rougeur, noirceur avec ulcérations isolées de la muqueuse du colon. En approchant du rectum, la phlogose et la désorganisation étaient plus prononcées; la séreuse elle-même était épaissie et noire; la totalité de l'intestin gangrenée et fragile. La séreuse paraissait rugueuse, rougeâtre, noirâtre dans toute son étendue, et jusque sur le foie et la vessie; mais la plus forte désorganisation s'observait sur le colon. Aucun épanchement, parenchymes des viscères nullement altérés dans leur organisation. (*Id. ibid.*)

Fièvre intermittente tierce, suivie de diarrhée chronique.

N° 532. Monguet, âgé de vingt-quatre ans, fut atteint, le 9 août 1806, de la fièvre tierce. Etant entré à l'hôpital de Palma-Nuova, il fut successivement évacué sur ceux d'Udine, de Trévise et de Vicence, ne restant que peu de jours dans chacun d'eux. Le quinquina lui supprimait la fièvre, mais les fatigues qu'entraînait sa profession de soldat la faisaient toujours reparaître, lorsqu'elle fut enfin suivie d'un dévoiement si considérable et si opiniâtre qu'il fit périr le malade dans le dernier degré de marasme.

L'autopsie fit voir un développement considérable de la membrane muqueuse du colon, qui était comme boursouflée, noire, ulcérée, avec perte de substance de toute son épaisseur en une foule de points. Du reste, il n'y avait pas d'autre désordre; le cadavre était aminci, décoloré et légèrement infiltré. (*Id., ibid.*)

Autre fièvre tierce, suivie d'une péritonite chronique.

N° 533. Raviot, âgé de vingt-six ans, soldat au 92e régiment, fut attaqué de fièvre tierce le 6 septembre 1806. Le cinquième jour il entra dans mon service, à l'hôpital d'Udine; il fut émétisé pour enlever une complication d'embarras gastrique, et il fut guéri en quinze jours de sa fièvre, par le seul emploi des potions antispasmodiques, faites avec le laudanum, l'éther et les eaux distillées aromatiques; mais immédiatement après la cessation de sa fièvre, le malade ressentit des douleurs de ventre; ses digestions devinrent pénibles, son ventre devint gonflé et dur. Il ne pouvait faire un faux pas sans que la secousse ne lui déterminât une vive douleur dans le ventre. Tous ces symptômes persistèrent *malgré* les toniques et les anodins, et Raviot ne tarda point à succomber.

Autopsie. Péritoine partout rouge et épaissi, excepté sur l'estomac. Intestins agglutinés ensemble par une exsudation blanche qui filait lorsqu'on les séparait. Le tissu du péritoine était rouge et épaissi, mais en partie recouvert par l'exsudation et semé de taches blanches remplies de matière tuberculeuse ou pultacée. L'épiploon dépourvu de graisse, dégénéré et semblable à un morceau de couenne, était tendu et collé sur les intestins. Le mésentère avait acquis l'épaisseur de deux pouces, et ses glandes, tuméfiées, parurent

squirrheuses et tuberculeuses à leur centre. La membrane muqueuse présentait dans certains endroits des taches noires qu'on reconnut pour des escarres gangréneuses de toute l'épaisseur du canal digestif; plusieurs communiquaient même avec l'épiploon, qui, en quelques endroits, avait laissé le colon, la fin de l'iléum et le cœcum perforés au moment où je l'avais décollé. (*Id., ibid.*, t. II.)

Fièvre quotidienne, suivie de péritonite chronique.

No 534. Nomin, âgé de vingt-sept ans, canonnier, brun, taille haute, ayant été autrefois fort et musculeux, entra à l'hôpital d'Udine le 23 janvier 1807, dans un état de marasme déjà avancé, avec douleur rénitente et tuméfaction du ventre; sensibilité au toucher, non seulement à l'abdomen, mais encore dans toute la circonférence de la poitrine; face tiraillée, souffrante, décomposée, toux continuelle, expectoration blanche et épaisse, respiration bouillonnante, pouls fréquent, vif et peu fort. Ce malade avait été attaqué quatre mois auparavant de la fièvre intermittente quotidienne. Au bout de huit jours de fièvre il était devenu très enflé, ce qu'il attribuait à la grande quantité d'eau qu'il avait bue dans les accès. On l'avait traité à l'hôpital de Trévise par l'usage continu du vin amer. Au bout de deux mois et trois jours il en était sorti presque guéri; mais quinze jours après sa sortie il avait été pris de diarrhée et d'un point de côté très vif vers la région de la rate. Il était, lors de son arrivée, au onzième jour à compter de ce dernier accident, et depuis cette époque ses forces et son embonpoint s'étaient épuisés avec une surprenante rapidité. La fièvre, qui ne l'avait point quitté pendant cet intervalle, était la cause de la maigreur où on le voyait. Nomin mourut le 26 janvier, sans avoir été soulagé par aucun remède.

Autopsie. Demi-marasme, aucune infiltration. Les deux plèvres rouges, légèrement adhérentes par une exsudation blanche, inorganique; environ une livre de sérosité blanchâtre dans la cavité gauche, les deux parenchymes sains. Le péritoine un peu épaissi et tapissé partout de la même pluie blanchâtre, gélatinoso-albumineuse, que l'on voyait sur la séreuse de la poitrine. Tous les viscères abdominaux sans exception en étaient recouverts. Elle servait à les faire adhérer légèrement ensemble. Aucun fluide épanché. Le foie était un peu brun à un pouce de profondeur dans toute sa périphérie. L'estomac, non contracté, offrait sa muqueuse un peu rouge; celle des intestins grêles l'était par plaques isolées; celle du cœcum et du colon présentait la même altération, et l'on n'y voyait point d'ulcère. (*Id., ibid.*, t. II.)

Fièvre intermittente tierce.

No 535. Roland, âgé de vingt-deux ans, très blond, chairs molles, etc., avait toujours été sujet à la toux, surtout aux approches de l'hiver, lorsqu'il fut attaqué, le 18 octobre 1806, d'une fièvre tierce dont chaque accès était accompagné, pendant le froid, d'une toux violente qui se dissipait dans le période de chaleur. Quatre jours après, il entra à l'hôpital d'Udine. Vers le dixième jour, il se joignit aux symptômes indiqués une douleur permanente au côté gauche de la poitrine, qui rendit les accès plus pénibles. Comme le quinquina de l'hôpital était alors de mauvaise qualité, ce malade fut traité par les boissons amères et par les potions faites avec l'éther et le laudanum. La fièvre, affaiblie peu à peu, se dissipa le vingtième jour du traitement; mais le point de côté persistait. Il resta une toux profonde avec un bruit imitant le bouillonnement d'un liquide et sans expectoration. Elle redoublait la nuit avec fréquence du pouls, chaleur de la peau et rougeur des pommettes; il y avait aussi enrouement, grande difficulté à parler, sentiments de suffocation. Roland fut soumis au traitement adoucissant légère-

ment opiacé, à une diète farineuse et légère : un vésicatoire fut appliqué sur la poitrine.

Après plusieurs alternatives de mieux et de redoublements de sa maladie, Roland succomba, et l'autopsie fit voir la cavité gauche de la poitrine remplie d'un liquide séro-purulent ; le poumon, repoussé au haut de la voûte thoracique, réduit au volume d'une grosse orange, endurci, contenait des tubercules autour des ramifications des bronches, et qui me parurent être des glandes bronchiques ; elles étaient réduites à l'état pulpeux blanc, mais aucune n'était vidée. La membrane interne de la trachée rouge et même noire, depuis la moitié inférieure de ce conduit, jusqu'où on pouvait la suivre dans les deux divisions des bronches. Quelques taches rouges isolées dans la muqueuse intestinale, une couche de mucus blanc formant une espèce de fausse membrane qui tapissait l'intérieur de l'estomac dont la tunique était peu injectée; les glandes mésentériques d'une grosseur énorme et tuberculeuse.

M. Broussais rapporte une autre observation absolument semblable à celle-ci, et dans laquelle l'autopsie constate les mêmes altérations dans les organes pulmonaires et gastriques. (*Id. ibid. vol.* 1er.

Fièvre rémittente bilieuse, type tierce.

No 536. Geneviève Pierrette, âgée de trente-sept ans, d'une constitution assez forte, éprouva une peur très vive. Pendant quelques jours, insomnie, malaise, céphalalgie. Premier jour de la maladie, frisson à dix heures du matin, chaleur, sueur. Deuxième jour, céphalalgie augmentée, douleur dans les membres, chaleur, point d'accès. Troisième jour, entrée à l'infirmerie. L'accès avance d'une heure, vomissement pendant le frisson, céphalalgie sus-orbitaire, figure pâle et jaunâtre, langue couverte d'un enduit muqueux, jaune au centre; nausées, soif, sentiment de défaillance et de pesanteur à l'estomac, constipation. Quatrième jour, l'émétique détermine le vomissement de matières vertes, des selles très abondantes ; il y a un peu de rémission, frissons dans la nuit; l'accès ne finit que le lendemain au soir. Sixième jour, peau brûlante, fréquence, roideur du pouls, accès à cinq heures du soir, qui se prolonge jusqu'au lendemain matin. Septième jour, point d'accès, un peu de sommeil dans la nuit. Huitième jour, vomissement de matières verdâtres pendant la durée et à la fin de l'accès; syncope. Neuvième jour, douleur extrême aux régions frontale et pariétale de la tête ; douleur dans les membres, nausées, amertume de la bouche, point d'accès. Un grain de tartrate de potasse antimonié. Dixième jour, paroxysme marqué par une chaleur excessive, douleurs plus vives, soif, un peu de sueur. Onzième jour, point de paroxysme, symptômes moins intenses que la veille. Quatorzième jour, retour du paroxysme caractérisé par l'exaspération de tous les symptômes; augmentation de la chaleur suivie d'un peu de sueur. Il en a été de même le seizième et le dix-huitième jour. Vingt-unième jour, il se déclare une douleur à la région des côtes sternales droites ; difficulté à rester couchée sur ce côté ; toux petite, fréquente, sèche. Vingt-troisième jour, face plus jaune, nausées, quelques vomissements, tension de la région épigastrique, pouls faible et fréquent. Vingt-quatrième jour, vomissement de matières jaunâtres, épaisses, très amères, provoqué par l'émétique, ce qui fut suivi le lendemain d'une rémission très marquée. Vingt-septième jour, frisson, sueur après la chaleur, douleur de côté plus aiguë, vomissement. Vingt-neuvième jour, accès très violent, très peu de sueur. Il en fut de même les trente-unième, trente-troisième, trente-cinquième et trente-septième jours. Trentième jour, vomissement modéré ; il disparaît le lendemain. Trente-sixième jour, retour du vomissement, hypocondres très douloureux. Trente-neuvième jour, point

d'accès, léger œdème du côté gauche. Quarante-deuxième jour, sentiment de constriction à la gorge, voix affaiblie, pouls petit, fréquent. L'émétique fait vomir des matières jaunâtres comme huileuses; le vomissement cesse. (Les calmants avaient été sans succès, et c'est ce qui a fait substituer un émétique.) Quarante-septième jour, retour du vomissement; rien ne peut l'arrêter; l'abdomen présente le même état de tension, de douleur, de sensibilité, mais aggravé; l'œdème s'étend au côté droit; enfin, la malade succombe.

Autopsie cadavérique. — Le foie était très volumineux et très jaune; plusieurs calculs dans les pancréas. L'état de la muqueuse digestive ne fut pas examiné. (Pinel, *Médecine clinique.*)

Fièvre intermittente quarte, bilieuse et ataxique.

No 537. Don Andréa Morroy, prêtre espagnol, âgé de quarante ans, d'une assez bonne constitution, était affecté de la fièvre quarte depuis plusieurs mois. Il prit la poudre de Cotugno; elle supprima la fièvre, qui récidiva quinze jours après, à la suite d'un excès en liqueurs spiritueuses. Depuis long-temps il avait la rate engorgée et un écoulement hémorroïdal qui chaque mois revenait d'une manière périodique. Depuis deux mois il y avait suspension de ce flux. Vingt jours s'étaient écoulés que la fièvre avait disparu, lorsque le 2 septembre 1822 elle revint avec des frissons très violents, semblables à ceux de la fièvre quarte; il arrive alors à l'hôpital, après avoir repris inutilement la poudre de Cotugno. La fièvre continua à être très forte, sans présenter la plus légère intermission pendant le jour suivant. Le 4 au matin il y avait soif, ardeur générale, vomissements, angoisses, pouls fort et vibrant. Vers dix heures du soir, pouls dur, agitation, vomissements, douleurs de tête, d'estomac, ardeur à la peau, veille. (Saignée d'une livre au bras, tisane.) 5, matin, pouls fort, plein; peau brûlante, agitation; il ne sait comment se placer, ne se trouve bien dans aucune position. Vomissement qui revient même quand il prend une cuillerée d'eau; sentiment d'irritation à la gorge; soupirs continuels; visage abattu, terne. (Une autre livre de sang au pied; lavement, fomentations, tisanes.) Soir, fièvre moins forte, pouls 110; vomissements continuels impossibles à arrêter; douleur de tête; ventre brûlant, très douloureux; langue humide, terreuse; le malade dit qu'il lui semble qu'il y ait dessus des grains de sable; agitation. (Eau glacée, émulsion, fomentation, lavement, sulfate de quinine dans la rémission.) A neuf heures du soir, vomissements persistants, exacerbations des autres symptômes. (Saignée d'une livre.) Sueur au point du jour. La nuit, il s'est levé pour éloigner la bouteille qui contenait l'eau à la neige, et dont la paille qui l'entourait sentait mauvais; il la porta dix pas plus loin. Quelques instants après il voulut se lever une seconde fois, mais il tomba en syncope. 6, matin, pouls 105, mou; vomissements moins forts, diminution des douleurs de tête et d'estomac, langue humide, peau jaune. (Huit ventouses scarifiées à l'épigastre, eau glacée, limonade.)

Le soir, vers une heure après midi, froid violent qui dura une heure. On lui mit trois couvertures: la chaleur se développa avec force; il y eut alors agitation, douleur fixe à la région temporale. Vomissements moins fréquents, langue humide, bouche amère; le malade croit toujours avoir du sable dessus, pouls 110. (Limonade, eau à la neige, cataplasmes émollients, bains sinapisés et très chauds aux pieds.) 7, matin, légère sueur dans la nuit; vomissements diminués, lavement de kina; il est plus tranquille. Il a pris trois grains de sulfate de quinine à six heures: pouls 100. Douleur du ventre moins forte, tête dégagée, faiblesse générale, douleur d'estomac assez forte sous la pression. (Deux onces de quinquina en lavement, trois grains de sulfate de quinine, eau à la neige, limonade.) Sommeil tranquille. Soir, pouls 80, égal,

vigoureux; visage abattu, douleur d'estomac persistante; hoquet, tendance au vomissement. Trois grains de sulfate, lavement de kina. A six heures, retour de la fièvre; le froid est moins marqué.

8, matin, sans fièvre; pouls 85: il a eu quelques vomissements dans la nuit; constipation, ventre douloureux, dur. Il a sué la nuit; syncope en allant à la chaise percée. Lavement simple, 3 grains de sulfate de deux en deux heures, eau glacée, neige, limonade, bouillon et pain. A trois heures après midi, retour de la fièvre, précédée de frissons; mêmes symptômes, pouls 105, constipation. Lavement avec l'huile de ricin; plus tard lavement simple, bains de pieds, tisane, eau à la neige. Point de selles; dans la nuit quelques sueurs. 9, matin, pouls 75, chaleur naturelle, ventre très douloureux; le malade désespère de sa vie. Légère douleur de tête, angoisses continuelles. Quatre onces de quinquina en lavement, cinq doses de sulfate de quinine. Soir, retour d'un accès, précédé de frissons; hoquet. Les extrémités restent à moitié glacées: vomissements, agitation générale, trouble des facultés intellectuelles, douleur de ventre sous la pression, râle. Mort le 10, à deux heures du matin.

Ouverture, quatorze heures après.—Estomac contracté sur lui-même; ses parois sont épaissies, ses replis gonflés, saillants. Le grand cul-de-sac est d'une couleur de suie, le reste enflammé, mais d'une couleur moins foncée. Duodénum enflammé dans toute son étendue. Surface interne des intestins grêles de la couleur du raisin noir; ses valvules sont tuméfiées. Leur surface externe est jaune comme la peau du corps; leur calibre est tellement rétréci qu'il est à peine égal à celui du petit doigt. Le cœcum, le colon, sont moins contractés et enflammés intérieurement; le rectum est très contracté et très enflammé, le foie gorgé de sang, la rate pesante, d'un gros volume, et facile à déchirer. (Bailly, *Traité anatomico-pathologique des fièv. intermitt.*)

Fièvre intermittente bilieuse, puis comateuse.

N° 538. François Lauretti, cordonnier, âgé de soixante ans, d'une constitution maigre, tomba malade le 17 août 1822. Il eut tous les jours la fièvre, qui débutait par des frissons et se terminait la nuit par des sueurs: il y avait en même temps constipation et douleur à l'épigastre. Il fut apporté à l'hôpital du Saint-Esprit le 25 août. Soir, couleur jaune-citron foncé de tout le corps; il dit que cette couleur est venue pendant le dernier accès; peau des extrémités froide, sentiment de chaleur interne, langue rouge et sèche, pouls 108, comme un fil. Il avait tellement sa connaissance qu'il nous sourit en nous voyant approcher, car nous lui avions déjà parlé lorsqu'on l'apporta à l'hôpital, et qu'il n'était pas encore dans son lit. Il ne se plaignait de rien, paraissait fort tranquille, et répondait parfaitement à tout ce que nous lui demandâmes. Le 25 matin, coma, immobilité des membres quand on les pinçait; mais quand on appuyait sur la région de l'estomac, tout son corps faisait un mouvement brusque; jaunisse persistante, pouls insensible à l'avant-bras, à la crurale 122. Il prit quelques cuillerées de quinquina pendant cet accès; il le vomit. Il mourut cette même matinée à dix heures.

Le cadavre était d'un jaune citron. A l'ouverture du crâne, la dure-mère était teinte en jaune d'une manière aussi prononcée que la peau; cette couleur s'en alla en partie au moyen de lotions répétées. Cependant lorsqu'on regardait le jour à travers cette membrane, la diminution de la couleur était à peine sensible. Injection de l'arachnoïde, couleur foncée de la substance corticale, sérosité jaunâtre entre les circonvolutions. Quand on coupait le cerveau par tranches il suintait une infinité de gouttelettes par l'ouverture des vaisseaux coupés; un peu d'eau dans les ventricules, cervelet naturel. Poumons sains; les cavités du cœur parurent plus grandes qu'à l'ordinaire. Dans

le ventricule droit était un caillot entièrement formé d'une albumine d'une couleur jaune aussi prononcée que celle de la peau et de la dure-mère. Le ventre, avant d'être ouvert, était concave et appliqué sur la colonne vertébrale. Estomac contracté sur lui-même; il était d'une couleur lie de vin dans toute son étendue. Quoiqu'il fût bien lavé, il restait adhérent à la surface un mucus épais, analogue aux crachats cuits des malades atteints de catarrhe pulmonaire. La petite courbure et une portion de la grande présentèrent cette espèce d'éruption décrite au n° 30. Examinée à la loupe, elle n'offrait rien de plus remarquable qu'aux yeux nus, seulement au lieu de paraître consister dans de petites élévations parfaitement rondes et entièrement séparées les unes des autres, elles communiquaient entre elles par leur base, mais de manière cependant à former des chaînes montueuses, si l'on peut s'exprimer ainsi, qui serpentaient les unes à côté des autres, c'est-à-dire que la communication d'un tubercule par sa base n'avait pas lieu avec tous ceux qui l'entouraient. Cette communication, en général, avait lieu par les deux extrémités d'un diamètre de cette base, et le résultat était des lignes onduleuses tuberculaires, qui se circonscrivaient mutuellement. Cependant il ne faut pas croire que ces lignes tuberculaires fussent indépendantes des autres latéralement, car il n'y avait rien de bien tranché ; seulement la disposition que je viens de décrire était assez générale.

La rougeur de l'estomac était moins vive sur le pylore, mais elle recommençait de suite dans le duodénum, où elle était aussi intense que possible, et se continuait sans interruption dans les intestins grêles et gros. La vésicule du fiel était verte au dehors et remplie d'une bile noire et épaisse; en comprimant fortement cette vésicule, on pouvait à peine faire suinter quelques gouttes de bile dans le duodénum : l'ouverture du canal cholédoque ne pouvait être distinguée au milieu des replis rouges, sanguinolents et tuméfiés de la muqueuse du duodénum, que par ce moyen. Le canal cholédoque étant ouvert, ne présenta rien de particulier, si ce n'est un rétrécissement de son embouchure dans le duodénum, produit par le gonflement du tissu enflammé de celui-ci; le foie était d'une consistance ordinaire: sa couleur était d'un jaune de poudre de quinquina. C'est la seule fois que je l'ai vu ainsi. La rate, dont le volume était ordinaire, était si liquide que lorsqu'on appuyait le scalpel dessus pour la couper, son tissu s'échappait en bouillie plutôt que de se laisser trancher. (*Id., ibid.*)

Fièvre rémittente et intermittente inflammatoire et puis ataxique.

N° 539. Pietro Tartaglia, âgé de quarante-cinq ans, d'une bonne constitution, fut apporté à l'hôpital le 28 septembre 1822, et fut placé au n° 86. Matin. Peau brûlante, pouls fort, visage enflammé, ventre un peu douloureux, céphalalgie, langue humide. Saignée d'une livre; kina, trois gros. Soir. Exacerbation de la fièvre, visage rouge, yeux étincelants, pouls fort, vibrant, commençant à être humide de sueur. Potion saline, décoction d'orge. Nuit. Sueur générale, épistaxis d'une livre, quelques selles. On lui vola de l'argent, ce qui le désespéra beaucoup.

29, matin. Pouls fréquent, peau presque naturelle, céphalalgie diminuée, ainsi que l'épigastralgie. Soir. Retour de la fièvre avec frisson, augmentation de la céphalalgie et de l'épigastralgie, intelligence parfaite, constipation; il se lève très bien sur son séant. Lavement, potion saline; kina, deux gros. 30, matin. Continuation de la fièvre, pouls fort, peau brûlante; langue rouge, humide; augmentation des douleurs de tête et d'estomac. Une livre de sang; kina, six gros. Soir. Même état, douleur de tête plus forte. Potion saline, tisane d'orge. Il a vomi la plus grande partie du kina. Nuit. Sueur générale. 1er octobre. Com-

mencement d'hébétude, décubitus sur le dos, réponses lentes. Mouvements vagues et incertains dans les muscles de la bouche quand on lui demande à voir la langue; pouls lent, ventre aplati, douleurs d'estomac. Vésicatoires aux cuisses; kina, deux onces. Soir. Stupeur profonde, yeux à demi ouverts, pupilles retrécies, mâchoires serrées. Avant-bras fléchis sur les bras, à angles droits et contractés; sensibilité partout, sueur abondante qui coulait de tout le corps à grosses gouttes. Kina, trois onces. A huit heures et demie, cessation de la contraction, mais stupidité; on fut obligé de lui ouvrir la bouche pour lui faire avaler le kina. 2 octobre, matin. Même état, point de contraction; il a pris le kina et ne l'a pas vomi. Deux onces de kina, lavement. A onze heures du matin, nouvel accès de fièvre, qui est venu peu à peu et s'est accompagné des symptômes suivants : avant-bras rigides, contractés et fléchis à angle aigu sur le bras; mâchoires serrées, léthargie, respiration lente et sonore, pouls dur, langue retirée au fond de la bouche; ventre aplati; il pousse un cri quand on lui presse le ventre. On lui tire une livre de sang au pied. Résolution des membres, qui cessent d'être contractés; épigastre toujours douloureux. Vésicatoires aux bras et au col. Râle; mort à six heures un quart du soir.

Ouverture. — Vaisseaux de l'arachnoïde excessivement injectés, substance du cerveau offrant à la section une infinité de points rouges; substance corticale d'un rouge brun, point d'eau dans les ventricules; même altération du cervelet; un peu d'eau à la base du crâne; rien de malade dans la poitrine; intestins contractés sur eux-mêmes : comprimés entre les doigts, ils conservaient l'impression; trois invaginations du jéjunum; une d'elles était double; leur couleur extérieure était rose; elle était plus foncée sur les parties invaginées. Estomac d'un rouge brun intérieurement; éruption à la petite courbure et vers le pylore. La plupart de ces tubercules avaient une tache de sang à leur centre. Œsophage naturel, intestins d'un rouge de muscle intérieurement; l'inflammation allait en diminuant dans les gros intestins Rate tendue, gonflée, pesante; son tissu se laissait facilement pénétrer par les doigts et se réduisait en bouillie. (*Id. ibid.*)

Fièvre intermittente gastrique et puis ataxique, type quotidien.

No 540. Antoine Ercolani, âgé de soixante-trois ans, tomba malade le 6 septembre 1822. D'après le rapport de son fils, il eut chaque jour la fièvre précédée de frissons, accompagnée de chaleur, douleur d'estomac, céphalalgie, vomissements, et se terminant chaque nuit par des sueurs : chaque jour elle revenait à midi. Il prit quelques onces de quinquina qu'il a toujours vomi Il entra à l'hôpital du Saint-Esprit le 9 septembre, et fut placé au no 83. Le soir, il présenta les symptômes suivants : fièvre, stupidité, douleur de tête, impossibilité de parler, langue sèche et comme revêtue d'un parchemin qui en crispait la surface; ventre excessivement douloureux sous la pression. Lavement de quinquina. 10, matin. Fièvre presque nulle à la suite de sueurs qui ont eu lieu la nuit; langue humide, mais recouverte d'un enduit noirâtre, probablement coloré en partie par le quinquina; douleur de ventre persistant avec la même intensité. Autres doses de quinquina, qu'en partie il vomit, en partie il retint. A trois heures après midi, retour de la fièvre, coma, décubitus sur le dos, respiration lente, grande et comme par secousses, langue aride, portée au fond de la bouche, rouge dans toute son étendue; yeux ternes : aspect d'agonisant; bouche s'ouvrant à chaque inspiration; facultés intellectuelles pas entièrement absorbées par le coma; en le réveillant on aperçoit un reste de pouvoir d'attention. A cinq heures et demie, respiration plus lente, coma profond. Le malade ne se réveille, ni quand on l'appelle, ni quand on le pince; mais si on lui presse le ventre, il manifeste de la douleur

par un cri et ouvre les yeux ; langue sèche, ridée; pouls fort, lent; chaleur brûlante à la peau. Dans la nuit, sueur générale. 11, matin. Rémission de la fièvre; mais cependant il reste de la stupidité ; quand on l'appelle il se retourne, mais regarde sans rien dire ; ses yeux restent immobiles; la langue est aride, le ventre doulouleux. Vers midi, retour de la fièvre : respiration grande, bouche fermée, coma profond, paralysie des ailes du nez qui s'affaissent à chaque inspiration; les muscles de la face sont aplatis sur les os et y paraissent collés; coma profond; râle. Mort à deux heures après midi.

Ouverture. — Arachnoïde rouge, épaissie comme par du sang qui s'est infiltré dans son tissu. Quand le cerveau a été extrait, il est resté huit à dix onces de sérosité dans la base du crâne. Adhérences anciennes et récentes de l'arachnoïde avec la dure-mère, surtout au sommet, où il y a de la sérosité coagulée et d'une consistance gélatiniforme; substance corticale du cerveau d'un brun rougeâtre très intense. Il y avait entre le cerveau et le crâne un vide de près d'un pouce dans toute sa circonférence, et résultant de l'affaissement de cet organe, dont la consistance était presque naturelle, quoique un peu molle. Poumon droit naturel; poumon gauche adhérent, mais par une fausse membrane ancienne. Œsophage à son quart inférieur présentant des granulations, et à sa communication avec l'estomac offrant une fausse membrane brunâtre, probablement colorée par le quinquina ; la couleur du ventricule est d'un rouge intense tirant sur le noir, et couvert dans toute son étendue de mucosités épaisses qui ne s'enlevèrent même pas par des lavages répétés. Eruption très confluente vers le pylore; intestins grêles et gros enflammés dans toute leur étendue et d'un rouge vif; rate de volume ordinaire, mais en bouillie comme de la lie de vin ; foie sain ; épiploon et surface extérieure des intestins d'une couleur rosée. (*Id. ibid.*)

Fièvre intermittente bilieuse et ataxique, type tierce.

N° 541. T. Battista Vaselli, âgé de dix-sept ans, menuisier à Santa-Maria-Monteroni, prit un bain dans le Tibre le 28 juillet. Il fut aussitôt pris d'une fièvre précédée de frissons, et qui se termina par des sueurs abondantes. Au milieu de l'accès il y eut douleur de tête, soif, constipation, bouche amère, vomissement. Cette fièvre revint le 29. Il entra à l'hôpital le 30 juillet au soir, et fut placé au n° 1, dans la salle de clinique. Il avait une fièvre violente avec angoisses, soif, douleurs de ventre, anxiétés. Huit grains de sulfate de quinine, en quatre pilules, émulsion. A peine le froid de ce troisième accès commençait-il à disparaître, qu'il parut sur tout le corps une éruption de larges boutons saillants et prurigineux : il vomit des matières jaunâtres.

Le 31, matin, sans fièvre; aucun accident de douleur ou d'incommodité. Quinquina en poudre, une once. Vomissement de matières jaunâtres à deux heures après midi, commencement d'un nouvel accès, puis fièvre ; soif, douleur de tête, sentiment de resserrement dans la gorge, difficile articulation des paroles, agitation, anxiétés, délire loquace. Il veut se lever; pouls très fréquent. Potion saline, quinquina. 1er août matin, continuation du délire, qui a duré toute la nuit; fièvre violente, lange rouge, angoisses, sueurs partielles au front, à la poitrine. Vers deux heures après midi, le délire augmente; à trois heures, pouls cent trente-deux. Il a pris quatre paquets de quinquina et en a vomi deux. Huile de ricin, une once; sirop d'althæa, une once. Point de selle, potion saline. Soir. Fièvre, délire; son langage est presque celui d'un homme ivre ; langue toujours rouge, front très chaud; ventre brûlant, mais non douloureux à la pression ; sueur au front, agitation continuelle, anxiété. Il demande qu'on le détache ; extrémités sensibles, pupilles dilatées. Il a pris en tout deux onces deux gros de quinquina. A quatre

heures, dans la nuit, froid glacial des extrémités seulement. Mort à sept heures du matin.

Ouverture. — Arachnoïde injectée, mais non avec autant d'intensité que dans les comateux ; engorgement des vaisseaux qui rampent sur les circonvolutions. Quand on coupe le cerveau par tranches, on voit dans plusieurs parties les orifices coupés qui laissent échapper des gouttelettes qui reparaissent quand on les essuie. Deux onces de sérum à la base du crâne. Tout est sain dans la poitrine. Dans le ventre, violente inflammation du grand cul-de-sac de l'estomac ; sa couleur est d'un rouge foncé. La rate, de grosseur naturelle, est composée d'un sang noir et liquide. La première moitié de l'intestin grêle est presque à l'état ordinaire; mais toute la seconde portion jusqu'au cœcum est vivement enflammée. La couleur de la muqueuse est d'un rouge cerise ; les veines mésentériques sont très injectées : rien de particulier dans les gros intestins. L'intestin grêle était garni dans presque toute sa longueur d'une couche de matière noire, luisante, analogue à de la pulpe de casse, sans aucun mélange de matière qui aurait troublé l'homogénéité de cette bouillie. Plus tard, j'ai vu dans plusieurs vésicules de la bile qui avait la consistance et la couleur de cette matière, et qui ne me laisse aucun doute sur sa nature. Foie sain, mais gorgé de sang. (*Id. ibid.*)

Fièvre intermittente ataxique, type tierce.

N° 542. Vincent Coroselli, âgé de cinquante-cinq ans, d'une faible constitution, entra à l'hôpital le 30 juin, et fut placé au n° 93. Voici ce qu'on me raconta sur son état, car je ne le vis que le jeudi 4 juillet. Le jour de son arrivée, il présenta un accès de fièvre, qui était le premier. Il avait quelques douleurs dans la région de la parotide gauche ; son air était stupide, cependant il répondait aux questions qu'on lui faisait. Constipation. Cet accès dura toute la journée du 1er juillet.

Le 2 juillet, mardi, il fut sans fièvre. Il prit deux onces de quinquina. Le 3 juillet, mercredi, la fièvre revint le soir. Le 4 juillet, gonflement très douloureux de la parotide gauche; pouls intermittent, petit, extrêmement irrégulier ; il est tellement tumultueux qu'il est presque impossible de distinguer des pulsations bien marquées. Le malade peut montrer la langue, mais elle tremble sur les lèvres; elle n'a rien que de naturel ; les yeux sont ouverts. Le malade cherche à prendre quelque chose avec les doigts. Soubresauts des tendons, délire tranquille. Quand on lui demande comment il se trouve, il répond qu'il est assez bien. Tendance au sommeil, plus tard coma. Mort dans la nuit.

Ouverture. — Fausses membranes entre les feuillets de l'arachnoïde, qui est opaque; engorgement des veines superficielles du cerveau; intestins pâles ; excréments très durs dans les gros intestins. Parotide enflammée, mais non à l'état de suppuration ; sérosité dans le crâne. (*Id. ibid.*)

Fièvre intermittente pernicieuse comateuse.

N° 543. Jean Olivier, âgé de quarante ans, d'une bonne constitution, fut apporté à l'hôpital le 6 juillet. Il était alors sans fièvre. Le soir, la fièvre arriva précédée de frissons suivis d'un accès de chaleur violente. Le pouls était fort, cent vingt. Coma, décubitus sur le dos, bras droit immobile ; il se sert du bras gauche, qu'il porte à la tête. Sensibilité partout : quand on essaie d'ouvrir l'œil gauche, il paraît en éprouver de la douleur et contracte les paupières; ventre douloureux. Le 7 matin, coma, décubitus sur le dos; pouls fort, cent huit. Soir, coma, sueur visqueuse, fétide; insensibilité, immobilité des membres; langue sèche ; pouls, cent quarante. Mort à sept heures du soir.

A l'ouverture, injection et épaississement de l'arachnoïde; engorgement des vaisseaux qui rampent sur les circonvolutions; celles ci sont écartées par de l'eau. Lyre gauche fortement injectée; plusieurs amas d'eau à la base du crâne. Éminences phlegmoneuses de l'estomac qui était d'une couleur gris d'ardoise; invagination de l'intestin grêle; rate volumineuse et en bouillie. (*Id., ibid.*)

Autre fièvre intermittente pernicieuse.

N° 544. Vincent Orsini, âgé de soixante ans, vint à l'hôpital le 3 juillet 1822. Il fut placé au n° 106. Son état était le suivant : coma, pouls insensible, extrémités froides. Demi-flexion des deux membres thoraciques; quand on veut les étendre, on éprouve assez de résistance de la part des fléchisseurs; œil gauche à demi fermé, œil droit ouvert; pupilles dilatées, immobiles; langue sèche, rentrée au fond de la bouche : il manifeste de la douleur quand on comprime le ventre. Mort le soir de son arrivée.

A l'ouverture, vive inflammation de l'arachnoïde avec forte injection de ses vaisseaux : il s'est écoulé de la sérosité qui était entre la dure-mère et l'arachnoïde. Une tumeur fibreuse, du volume d'une grosse noisette, adhérait à la dure-mère sous l'angle postérieur des pariétaux, et comprimait le cerveau. Quoique l'injection de l'arachnoïde fût très vive des deux côtés, elle était cependant plus forte à gauche qu'à droite. Hydatide de la grosseur d'un petit pois dans le plexus choroïde; l'eau qui était entre l'arachnoïde et la dure-mère était plus abondante à gauche qu'à droite. Cerveau assez mou. Inflammation générale de l'estomac; l'S du colon était d'un rouge brun. (*Ibid.*)

Fièvre intermittente pernicieuse comateuse convulsive.

N° 545. Donato Fanti, charbonnier, âgé de cinquante ans, fut apporté à l'hôpital du Saint Esprit dans un état comateux, qui ne présenta aucune rémission jusqu'à la mort, qui arriva le lendemain à deux heures aprés midi. Le pouls était fort, battant quatre-vingts fois par minute. Quand on pinçait les membres, le malade manifestait de la douleur; sa peau était chaude et humide; quand on lui ouvrait les yeux, il ne les dirigeait sur aucun objet. Il fut impossible de voir sa langue, puisqu'il n'entendait rien et qu'on ne pouvait pas lui ouvrir les mâchoires assez grandement pour la voir. Il éprouvait de la douleur quand on comprimait la région du foie seulement, il ne paraissait pas en ressentir par la pression sur le reste du ventre. On ne put obtenir aucuns renseignements sur son état antérieur; mais la nature de la maladie régnante, la chaleur de la saison, et la ressemblance parfaite qu'il y avait entre son état et celui des malades dont la maladie nous était connue dès le principe, et qui se terminait de la même manière, nous portèrent à regarder cet accès comme celui d'une fièvre pernicieuse. Cette opinion fut encore confirmée par l'ouverture du cadavre

A l'ouverture du crâne, il s'écoula plusieurs onces de sang; l'arachnoïde était fortement adhérente à la dure-mère par des granulations résultant d'une inflammation ancienne; les vaisseaux du cerveau étaient très engorgés : lorsqu'on le coupait par tranches, il sortait par l'ouverture des vaisseaux divisés de grosses gouttelettes de sang, qui se renouvelaient quand on les essuyait. Le foie était noirâtre; il ne semblait composé que de sang noir légérement coagulé et de filets celluleux, qui seuls offraient quelque résistance au doigt; quand cette légére résistance était vaincue, le foie n'avait plus que la consistance d'une gelée qui commence à fondre, car le sang pa raissait épanché dans son tissu, qui d'ailleurs n'existait plus comme tissu, mais plutôt comme bouillie. Les intestins étaient enflammés dans plusieurs points de leur éten-

due, et chaque portion enflammée répondait à des pelotons de vers qui étaient encore vivants. Les poumons, la rate, l'estomac, étaient sains. (*Ibid.*)

Fièvre intermittente et rémittente quotidienne.

N° 546. Joseph Totti, vétérinaire, d'un tempérament sanguin-bileux, assez fort, était accoutumé à descendre chaque année dans les lieux marécageux pour diriger des travaux de semailles ou de moissons ; ce qui lui occasionna des obstructions de la rate et du foie. En 1811, au temps de la moisson, étant âgé de quarante ans, et travaillant avec beaucoup d'activité, il fut affecté d'une fièvre qui fut intermittente, et qu'il supporta sans rien faire jusqu'au troisième paroxysme; enfin, il se rendit chez lui, où la fatigue lui procura un sommeil très court. Je le vis lorsqu'il était affecté du cinquième accès; son état était le suivant : agitation, impossibilité de trouver une position qui lui procure du repos; douleur sous les fausses côtes, à droite, remontant au sommet de l'épaule, et s'étendant à l'hypocondre gauche; douleurs dans les articulations, tête lourde, langue couverte d'un enduit blanc, bouche amère, vomissements, soif, face livide; pouls irrégulier, ni mou, ni dur; très grande difficulté de respirer; urine rouge avec un nuage, comme elle a coutume d'être chez ceux affectés de fièvres périodiques. Je fis donner un lavement pour desserrer le ventre. Il eut peu de repos dans la nuit; car la fièvre, revenant précédée d'un froid général dans tous les membres, la douleur de côté fut plus atroce. Sixième jour, toux sèche, fréquente, sans expectoration. Des émulsions calmèrent sa soif, il ne mangeait rien, faute d'appétit; l'amertume de la bouche avait disparu. Une livre de sang fut tirée du bras : la couenne était presque molle, la lymphe était livide. Nuit sans sommeil. Au retour de la fièvre, le froid s'empara seulement de l'extrémité des pieds. Septième jour, douleur de plus en plus forte; difficulté toujours plus grande de respirer; éructations fréquentes; urine toujours la même. Comme la langue était blanche et qu'il n'y avait pas eu de selles après un lavement, il prit une once de manne qui lui fit rendre des matières bilieuses troubles. La nuit, point de sommeil; délire. Huitième jour, le malade sentit à peine le retour de la fièvre; la douleur du côté droit s'arrêta dans l'hypocondre et augmenta de violence; les fomentations furent inutiles pour diminuer ces douleurs, qui chaque soir présentaient comme spontanément une rémission bien marquée. Le sédiment briqueté de l'urine fut plus abondant. Le malade ayant bu un bouillon, vomit une matière porracée. Neuvième jour, pouls mou, faible; prostration, météorisme, ventre toujours constipé. La nourriture ne s'oppose point à la chute des forces. Il buvait pour boisson une dissolution de nitre; il ne supportait pas du tout le contact de la main sur le côté droit du ventre. Le soir, il commença à délirer; la nuit fut sans sommeil, il se leva souvent pour uriner. Dixième jour, les deux hypocondres étant très douloureux, comme il ne pouvait se coucher ni sur le dos ni sur l'un ou sur l'autre côté, il restait assis sur son lit; l'agitation dans laquelle il était le mettait en sueur; il n'avait un peu de repos que lorsqu'il s'appuyait sur les coudes et les genoux, le dos étant tourné en haut; mais bientôt la toux lui ôtait ce repos. Nuit très pénible. Onzième jour, même état; urine claire et prompte à se putréfier. Des lavements répétés, un vésicatoire appliqué sur l'hypocondre droit, ne procurèrent aucun soulagement; il ne pouvait pas même supporter le poids des couvertures. Le soir, délire. Après un sommeil court et agité, il devint encore plus malade. Douzième jour, frissons vagues, douleur des membres, pouls grêle, anxiété, diarrhée, face abattue; veille la nuit. Treizième jour, respiration rare, soupirs interrompus; nuit très triste. Quatorzième jour matin, ne pouvant rester dans aucune position, comme il se levait pour parler à son confesseur, il expira tout-à-coup.

Le cadavre n'offrait rien de remarquable qu'une tension du ventre. Dans l'abdomen il y avait de la sanie mêlée avec un peu de sang. Le foie était putride et tuberculeux; cette affection commençait vers la partie convexe, s'étendait de tous côtés, et descendait vers la partie concave; cependant la plus grande destruction était à la partie convexe, le reste était engorgé et enflammé : son volume était naturel La vésicule contenait un peu de bile claire et légère, peu visqueuse. La face inférieure du diaphragme était érysipélateuse; l'estomac et l'intestin grêle étaient pleins d'eau; la rate, double du volume ordinaire, était d'une couleur noire; la surface extérieure du poumon droite était couverte d'une croûte blanche, la partie inférieure adhérait à la plèvre costale. (*Id.*, *ibid.*)

Fièvre intermittente pernicieuse comateuse convulsive.

N° 547. Dominique di Marco, âgé de trente ans, d'une bonne constitution, était affecté d'une fièvre tierce simple depuis le 24 juin 1822. Le 7 juillet au soir, il fut atteint, d'après le rapport de ses parents, d'un accès pernicieux, comateux : il arriva à l'hôpital le 8 au matin, et fut placé au n° 89. Son état était le suivant : coma, décubitus sur le dos, face rouge, avant-bras fléchis et contractés, pouls cent douze, tremblements convulsifs des doigts, jambes allongées et immobiles, sensibilité partout; on lui a fait avaler trois onces de quinquina en six heures. Deux heures après midi, pouls cent; sinapismes aux pieds 9 au matin, il est en sueur; rémission de la fièvre, pouls quatre-vingt-huit, coma-vigil. Il entend, mais ne répond pas, quoiqu'il regarde. Deux heures plus tard, pouls quatre-vingt-douze, fort, plein; plusieurs onces de quinquina. Soir, pouls fort, plein, quatre-vingt-seize; coma profond, roideur résistante du bras droit; il ne peut pas montrer sa langue : peau chaude et toujours humide de sueur. Pour lui faire avaler le quinquina, il faut lui pincer le nez et lui tenir la bouche ouverte avec une clef; ensuite on lui verse de l'eau, qu'il garde dans la bouche et finit par rejeter. Il a pris sept onces de quinquina dans ce jour. Le 10 au matin, pouls cent quarante, fort plein; et coma, flaccidité, immobilité générale, bouche ouverte. Une saignée à la jugulaire; respiration stertoreuse. Mort vers midi.

Ouverture. — Injection de tous les vaisseaux de l'arachnoïde jusque dans les plus petites ramifications et des deux côtés; mais du côté droit et sous le lobe antérieur elle est d'un rouge intense, unie, sans distinction de vaisseaux; lorsqu'on l'arrachait de dessus les circonvolutions, on enlevait également la pie-mère, qui lui était si intimement adhérente, qu'elles ne semblaient à elles deux ne former qu'une seule membrane, rouge, très épaisse, et dans le tissu de laquelle se serait épanché du sang qui se serait ensuite coagulé; point d'eau dans les ventricules; cerveau d'une consistance ordinaire; quand on le coupe, il paraît une foule de points rouges qui deviennent ensuite le siége d'une large goutte de sang; l'arachnoïde du cervelet est aussi très injectée, la consistance de cet organe est naturelle. Estomac gris extérieurement, contracté sur lui-même, peu enflammé; intestins grêles offrant deux invaginations : une portion de ces intestins est blanche, transparente, remplie de gaz; le reste est gris, contracté, sans gaz intérieurement. Enfin, dans trois endroits de sa longueur, toute la circonférence du tube est rouge au dedans comme au dehors, dans une étendue de deux à trois pouces de longueur; tout le gros intestin est blanc, transparent, distendu par des gaz; les parties enflammées étaient aussi distendues par des gaz. Pendant la vie, il existait une hernie qui rentra pendant la maladie; elle parut composée seulement du grand épiploon, qui était disposé en cylindre et très injecté. Foie gorgé de sang; rate du poids de deux ou trois livres et en bouillie grisâtre. (*Id.*, *ibid.*)

Fièvre intermittente pernicieuse comateuse et hépatique.

N° 548. Paul Tossini, âgé de trente ans, d'une bonne constitution, fut pris, le 29 juin au matin, d'une fièvre qui commença par la chaleur, et qui revint tous les jours jusqu'au 6 juillet; il y eut soif, selles sanguinolentes, épreintes, rate volumineuse. Il a pris des boissons rafraîchissantes et un purgatif. Il arriva à l'hôpital le 6 juillet, et fut mis au n° 93. Son état était le suivant : air stupide, somnolence plutôt que coma; douleur de tête générale. Le malade ne paraît qu'assoupi, car il est facile de l'éveiller; il comprend assez bien ce qu'on lui dit. Décubitus sur le dos; les genoux sont élevés, mais on peut étendre les cuisses sans qu'il témoigne de la douleur. Pendant l'assoupissement l'œil droit est entr'ouvert, le gauche est fermé. On ne peut abaisser la mâchoire inférieure sans produire des douleurs qui font grimacer le malade, et dans cette grimace la commissure des lèvres se porte un peu plus à droite qu'à gauche. La langue est sèche, rouge, couverte d'une couche noirâtre qui va de la pointe vers le milieu, et dont la largeur transversale n'est que d'un demi-pouce; elle se porte un peu à droite. Petits mouvements convulsifs des mains par intervalles; douleur de ventre par la pression; peau chaude, sèche; pouls cent vingt. Quand on étend le bras droit, les fléchisseurs se contractent, et le malade témoigne beaucoup de douleur; si on insiste, on finit par l'étendre, et une fois étendu il y reste. Tamarin, clystères, boisson adoucissante. Dans la nuit, déjections sanguines extrêmement fétides; déclinaison de l'accès qui revint le 7 au matin; à sept heures, le malade se plaignit du froid. Je ne vis le malade que le soir à six heures, il commençait à être dans la déclinaison : la peau était chaude et humide; enduit fuligineux aux lèvres, pouls impossible à trouver, respiration fréquente. Les deux avant-bras fléchis; quand on veut les étendre, surtout le droit, on produit une vive douleur. Sensibilité partout conservée; quelquefois l'œil droit reste entr'ouvert, le gauche étant fermé. Il avait eu quelques mouvements convulsifs le matin, vers midi. Il a pris du kina avant l'accès, au moment où il sentait déjà froid. Augmentation du coma; mort à sept heures et demie du soir.

Ouverture. — Injection générale de l'arachnoïde, surtout de celle qui revêt le cervelet et la partie latérale du commencement de la moelle épinière. L'injection du côté droit était un peu plus intense que celle du côté gauche, quoiqu'elle fût d'ailleurs aussi vive qu'il est possible de l'imaginer, car ce n'était pas une simple injection qui permet de voir les plus petits vaisseaux. L'arachnoïde était d'un rouge profond, intense, comme si tout son tissu était pénétré de sang. Le cerveau ne présentait rien de remarquable. Les intestins étaient injectés de la même manière, depuis l'œsophage jusqu'à l'anus; toute leur épaisseur paraissait imprégnée de sang : ils n'étaient d'ailleurs ni plus épais qu'à l'ordinaire, ni contractés, ils étaient au contraire distendus par des gaz. Rate du poids de huit à dix livres; quand on la mit sur la table, elle s'aplatit comme l'aurait fait une vessie à demi pleine d'eau. Son tissu était en bouillie. (*Id., ibid.*)

Fièvre intermittente pernicieuse comateuse.

N° 549. Antoine de Félice, agriculteur, d'une bonne constitution, âgé de cinquante-sept ans, vint à l'hôpital le 24 juillet, et fut placé au n° 15. Il était alors affecté d'un accès de fièvre double-tierce, avec coma qui eut une légère rémission dans la nuit. Le 25, je le vis pour la première fois; son état était le suivant : coma; langue sèche, noirâtre, retirée au fond de la bouche; pouls fort, quatre-vingt-seize; plaintes, gémissements, surtout quand on le touche, soit au ventre, soit aux paupières; les pupilles, qui étaient contractées sous les paupières, se dilatent quand on ouvre celles-ci; quand on les

ouvre d'un côté, les autres s'ouvrent d'elles-mêmes. Il respire la bouche ouverte : quand on lui verse de l'eau, il ne l'avale point. Sensibilité quand on pince les jambes et les bras. Le soir, sueur générale : la fièvre paraît devoir présenter une rémission ; cependant le coma persiste, la respiration s'accélère, devient bruyante, stertoreuse. Immobilité générale; mort.

Ouverture. — Engorgement des vaisseaux de l'arachnoïde et des vaisseaux qui rampent sur les circonvolutions. Celles-ci sont écartées les unes des autres par la sérosité. Le cerveau étant enlevé, il reste au moins trois onces de sérosité dans le crâne. Arachnoïde opaque dans plusieurs points par une fausse membrane. Estomac épaissi ; considérable inflammation de son grand cul-de-sac, qui est d'un rouge noir. Inflammation générale de tout le tube intestinal; les vaisseaux du mésentère paraissaient injectés artificiellement.

Fièvre intermittente pernicieuse comateuse.

No 550. Thomas Adami, âgé de vingt ans, fut apporté à l'hôpital le 23 août 1822, et placé au no 39. Il avait le délire. On fut obligé de l'attacher. Après midi, le délire se calma : un coma profond, intense, lui succéda ; le pouls était fort, dur, quatre-vingt-cinq ; les membres étaient flexibles, mais immobiles; décubitus sur le dos, pupilles immobiles, visage gonflé et brûlant; insensibilité générale. Corps couvert d'une sueur visqueuse. Soir, respiration plus fréquente et très embarrassée; pouls insensible ; sortie d'écume par la bouche ; insensibilité toujours persistante quand on pinçait la peau. Mort à une heure du matin.

Ouverture onze heures après. — Inflammation générale de l'arachnoïde, dont les plus petites ramifications étaient injectées; point de sérosité : la substance corticale était d'un rouge foncé ; comparée à celle du cadavre mort de la fièvre algide que nous décrirons plus bas, elle faisait paraître celle-ci blanche, car il y avait entre elles deux la même différence de ton qu'il y avait entre la substance corticale de ce dernier et la substance blanche. C'est le plus fort exemple de congestion de la substance grise que j'aie vue, la consistance du cerveau était d'ailleurs ordinaire. Poumons sains, cœur sain. Estomac rouge, enflammé dans toute son étendue ; inflammation générale de tous les intestins grêles et gros, qui étaient d'un rouge vif dans toute leur longueur; foie sain, rate molle et remplie d'un sang noir. (*Id., ibid.*)

Fièvre intermittente pernicieuse comateuse convulsive.

No 551. Antoine Turianie, âgé de douze ans, d'une bonne constitution, fut apporté à l'hôpital, le 23 juillet 1822, à quatre heures du soir. Il fut placé au no 102. Son état était le suivant : commencement de stupeur ; réponses lentes et peu justes; les questions le mettaient dans un état de mécontentement et d'ennui; agitation, il se tourne de tous côtés dans son lit ; yeux ouverts et stupides; peau chaude et sèche. Saignée de huit onces, lavement, tisane. Le soir, augmentation de la stupeur par l'arrivée d'un nouvel accès de fièvre, coma profond, yeux ouverts, pupilles immobiles et rétrécies, avant bras fléchis sur les bras ; point de douleur au ventre sous la pression. Sinapismes aux pieds. Le 24 juillet au matin, continuation du coma, pouls cent vingt-quatre; tête brûlante, flexion des avant-bras; il est impossible de lui abaisser la mâchoire inférieure. Saignée au pied, huit onces. Soir, rémission de la fièvre et des symptômes convulsifs; peau un peu humide. Il faut lui pincer le nez pour lui faire avaler deux onces de quinquina. Le 25 matin, retour de la fièvre et de la flexion des avant-bras; continuation de la stupeur; il ne répond pas aux questions; insensibilité de la peau des jambes, peau des bras sensible; tête brûlante; décubitus sur le dos, yeux ouverts. Eau bouillante deux fois aux pieds : le malade la sentit très vivement. Bain

chaud aux pieds pendant dix minutes, neige sur la tête; le pouls baissa à quatre-vingt-deux. Retour de l'intelligence; il avale volontairement du quinquina; mais peu après agitation violente de tout le corps: les extrémités inférieures, qui dès le commencement étaient froides, ne furent ni réchauffées par le bain, ni enflammées par l'eau bouillante et les sinapismes. De quatre onces de quinquina qu'on lui fit prendre, il en vomit plus de deux; il n'a pu conserver les lavements de quinquina qu'on lui fit prendre. Il resta dans cet état jusqu'à six heures du soir : le coma revint; il mourut à sept heures.

Ouverture. — Injection très vive de toute l'arachnoïde; entre ses feuillets était une membrane résultant de la coagulation du sang qui s'était épanché : beaucoup de sérum entre les circonvolutions et à la base du crâne; substance corticale très rouge, très colorée. Dans le ventre, estomac presque naturel, intestins grêles remplis d'une quantité prodigieuse de vers réunis en pelotons; l'inflammation était assez vive dans cette partie. Le colon était contracté sur lui-même; ses parois étaient plus épaisses, et la membrane interne étaient très enflammée; sa couleur était d'un rouge noir. (*Id., ibid.*)

Fièvre intermittente pernicieuse convulsive.

N° 552. Saverio Marozzi, âgé d'environ cinquante ans, fut apporté à l'hôpital le 15 septembre au soir, à neuf heures; son état était le suivant : stupeur, respiration lente et comme stertoreuse, décubitus sur le dos. On ouvre facilement l'œil gauche; quand on veut élever la paupière droite, le malade contracte l'orbiculaire, et toute sa figure grimace en s'opposant à cette tentative. L'avant-bras droit est fléchi à angle aigu sur le bras et très résistant quand on veut l'étendre; la jambre droite est dans un mouvement continuel d'élévation et d'abaissement; les membres du côté gauche sont étendus, immobiles et flasques; quand on les pique ils produisent de petits mouvements qui indiquent que le malade y éprouve de la douleur. La langue e t retirée au fond de la bouche, il est impossible de la faire tirer au malade; pupilles contractées. Saignée du bras, sinapismes. 16 matin, respiration plus naturelle; le râle a cessé, mieux-être général, yeux demi-ouverts, coma profond, contraction persistante à droite, toujours relâchement à gauche, pouls cent trente-six. Vésicatoires aux cuisses, lavement. Soir, exacerbation de tous les symptômes; sensibilité du côté gauche plus obscure, mais très vive à droite. Autre saignée du bras. Sang dense, peu de sérum. 17 matin, même état; il a cependant pu montrer sa langue, qui est couverte d'un mucus visqueux; peau du cou et de la tête humide de sueur. Soir, pouls cent trente-quatre, contractions persistantes; d'ailleurs même état. Saignée de pied, pédiluves sinapisés. 18 matin, exacerbation de tous les symptômes; paralysie complète et absolue du sentiment et du mouvement des membres gauches, qui sont flasques; toujours sensibilité et contraction à droite. Soir, coma très profond, respiration lente, laborieuse et comme par convulsions; écume de la bouche; mouvements convulsifs continuels de tout le côté droit, qui est encore sensible; immobilité de tout le côté gauche : dilatation des deux pupilles; pouls extrêmement irrégulier et tumultueux. Mort à dix heures et demie du soir.

Ouverture. — Légère adhérence de l'arachnoïde avec la dure-mère; fausse membrane d'une belle couleur vert-pomme entre les feuillets de l'arachnoïde : on ne distinguait les circonvolutions à travers, que dans les points les plus saillants qui avaient empêché le séjour de l'épanchement. Quand j'arrachai l'arachnoïde, tout fut enlevé avec elle : fausse membrane, vaisseaux de la pie-mère, tout ne faisait qu'une masse intimement adhérente dans ses parties : substance grise foncée; points sanguins dans la substance du cerveau, un peu d'eau à la base du crâne. Poumons naturels; cœur assez vo-

lumineux. Estomac enflammé, surtout vers sa petite courbure, où il était d'un rouge obscur : éruption dans tout le reste de sa surface ; l'inflammation se propageait dans la plus grande partie des intestins. Rate assez consistante, cependant on pouvait en faire sortir par la pression du sang caillé; foie présentant dans sa cassure une multitude de petites granulations blanchâtres qui semblaient le composer presque en totalité; vésicule du fiel transparente. (*Id., ibid.*)

Fièvre intermittente pernicieuse gastro-entérique.

N° 553. Benoît Lucchetti, militaire, âgé de trente-deux ans, d'une forte constitution, fit, le 28 septembre 1822, une course à cheval, de la Storta à Baccano (rue de Rome); il s'échauffa beaucoup. Il fut pris le soir de lassitude dans tous les membres, de frissons suivis d'une forte chaleur, de soif, de douleur vive dans les lombes, d'agitation, de douleurs de ventre, de diarrhée, de vomissement. Il eut une légère sueur dans la nuit. Le 29, la fièvre et les autres symptômes étant encore dans toute leur force, il prit un purgatif; les déjections augmentèrent, la fièvre redoubla le soir sans être précédée de frissons, et se maintint sans intermittence bien marquée jusqu'au 4 octobre. Il entra alors à l'hôpital du Saint-Esprit. Il avait des douleurs dans le ventre, dans les lombes, avec fièvre; déjections alvines, bilieuses, fréquentes; vomissements bilieux. Soif, langue sèche, jaunâtre. Quinze grains d'ipécacuanha. Vomissement très abondant. Soir, continuation de la fièvre, point de frissons; agitation plus grande, douleur persistante; soif, chaleur interne plus vive. Décoction d'orge. 5 octobre matin. Continuation de la fièvre, douleurs du ventre plus fortes, vomissements, déjections continuelles; soif ardente, langue sèche, peau brûlante. Lavements, décoction d'orge. A une heure après midi, légers frissons, augmentation de la soif et des autres symptômes. Eau à la neige pour boisson, huit ventouses scarifiées, cataplasmes sur le ventre, eau d'orge et lait. Huit heures et demie du soir, pouls fort plein, mêmes symptômes d'ailleurs. Saignée d'une livre Légère sueur dans la nuit. 6 matin, vomissements moins forts, déjections alvines noirâtres, peau humide, extrémités froides, douleurs de ventre persistantes. Un scrupule de sulfate de quinine, boisson gommeuse, bain général. Soir, vers deux heures, frissons, exacerbations des symptômes. A cinq heures un quart, extrémités froides et livides, pouls petit. Quatre vésicatoires aux membres. Il a vomi tout le sulfate. 7 matin, extrémités froides, légères douleurs de tête, langue humide, ventre douloureux sous la pression ; déjections alvines, abondantes; pouls quatre-vingt-cinq, plein. Un scrupule de quinine qu'il a vomi en partie. Soir, frissons vers midi. A deux heures, extrémités toujours froides et livides, douleurs de ventre et vomissements ; déjections toujours fréquentes. Deux autres vésicatoires aux cuisses, bains sinapisés aux pieds, sulfate de quinine à prendre dans la rémission. Il a vomi plusieurs doses de sulfate. 8 matin, peau plus chaude, déjections persistantes, vomissement moins fréquent, langue âpre comme la peau du requin, douleur de ventre sous la pression, peau brûlante, couleur ictérique de tout le corps. Soir, frissons, extrémités gelées, hoquet fréquent, augmentation des autres symptômes. Ventouses scarifiées, neige, sulfate de quinine. Mort à huit heures. Il a conservé son intelligence jusqu'à la fin, excepté pendant les dernières heures, sans cependant qu'il y ait eu alors d'autres symptômes nerveux que l'assoupissement qui accompagne toujours les derniers moments de l'agonie.

Ouverture douze heures après. — Légère injection de l'arachnoïde, un peu d'eau dans les ventricules. Vaisseau de la moelle lombaire injecté. Ancienne adhérence des poumons aux côtes. Cœur naturel. Estomac d'un rouge brun vers le pylore. Éruption tuberculeuse dans tout le grand cul-de-sac, le reste

de sa surface est d'un rouge moins intense, et présente quelques taches lichénoïdes ; le duodénum est d'un rouge qui pourrait être comparé à celui qui résulterait de sa macération dans du sang. Les valvules sont très épaisses et très engorgées. Les intestins grêles sont contractés sur eux-mêmes, et appliqués à la colone vertébrale; leurs parois sont épaisses, molles, d'une couleur rose, et conservent l'impression du doigt, au lieu de revenir à leur premier état : ils gardaient les angles qui résultaient de la pression qu'on exerçait sur eux ; leurs valvules étaient très prononcées, très épaisses, et d'un rouge de fraise. Le cœcum, le colon, étaient pleins d'air et peu enflammés ; le rectum était contracté sur lui-même, et plus enflammé que le colon. La rate volumineuse, pesante, résistante et d'un tissu putrilagineux. Le foie gorgé de sang. (*Id.*, *ibid.*)

Fièvre intermittente pernicieuse épigastralgique.

N° 554. Sante Pichi, âgé de quarante-quatre ans, d'une bonne constitution, entre à l'hôpital le 29 août 1822. Il était affecté depuis plusieurs jours d'une fièvre double-tierce, accompagnée de douleurs épigastriques qui diminuaient pendant les apyrexies, sans cependant disparaître entièrement. Les paroxysmes, qui jusqu'alors étaient venus assez régulièrement chaque jour, se rapprochèrent de plus en plus ; les douleurs épigastriques augmentèrent de force et d'intensité; le pouls devint petit, fréquent, grêle ; les extrémités froides, avec un sentiment de chaleur brûlante dans le ventre; le hoquet survint; le corps se couvrit d'une sueur visqueuse, et le malade mourut après une agonie d'une demi-heure, le 4 septembre à une heure du matin, sans avoir accusé la plus légère douleur de tête pendant toute sa maladie.

Ouverture. — Couleur générale du corps jaunâtre; injection de l'arachnoïde, engorgement des vaisseaux du cerveau; poumon, cœur, foie, naturels. Quand la vésicule du fiel fut évacuée, il resta une concrétion muqueuse formant un corps cylindrique de quatre lignes de diamètre sur six pouces de long; sa solidité était celle des polypes albumino-sanguins, qu'on rencontre si souvent dans le cœur ; cette même vésicule étant lavée, il resta attaché à ses parois du mucus qui y adhérait assez fortement. Rate gorgée de sang noir et liquide. Estomac enflammé à sa petite courbure vers le cardia, où sa couleur était d'un rouge noir; presque toute sa surface était couverte de l'éruption déjà décrite. Avant d'être ouvert, il était distendu par des gaz; l'inflammation se continuait dans les petits intestins. Adhérences anciennes de la mâchoire avec le crâne, par suite de la petite-vérole : il ne se nourrissait que de bouillon, qu'il introduisait par un trou pratiqué dans les arcades dentaires, dont on avait enlevé quatre dents; il n'y avait aucune différence produite par cette nourriture liquide : le diamètre et l'aspect de l'estomac et des intestins étaient ordinaires. (*Id., ibid.*)

Fièvre intermittente pernicieuse gastro-céphalique.

N° 555. Laurent Schiaffer, Autrichien, âgé de trente-cinq ans, d'une forte constitution, fut apporté à l'hôpital du Saint-Esprit le 16 août, et placé au n° 108 de la salle Saint-Charles. Le 17 matin, il lui restait encore un petit mouvement fébrile, qui était la terminaison d'un accès qu'il avait eu la veille : langue sèche, jaune, bouche amère, ventre resserré. Huile de ricin. Plusieurs selles. Soir, frisson, fièvre, chaleur des mains, du corps; langue sèche. Un lavement, tisane, potion saline. Dans la nuit, sueur générale. 18 matin, apyrexie, mais inquiétude dans les membres, visage inquiet. Une once de quinquina, tisane. Soir, froid plus fort que la veille, chaleur générale très vive, douleur de ventre. Lavement, tisane ordinaire. Sueur dans

la nuit 19 matin, pouls petit, déprimé; regard égaré, mouvement irrégulier des mains et des avant-bras. Il se plaint de la tête. Autre dose de kina. Soir, retour d'un accès; pouls vif, petit; visage pâle; hoquet continuel, treize fois dans une minute. Douleur d'estomac, extrémités froides et livides, langue tremblante, sèche et rouge sur les bords. Quinze sangsues à l'anus. Augmentation de tous les symptômes dans la nuit, et surtout de la douleur de tête. 20 matin, froid glacial aux extrémités, visage abattu, hoquet continuel, agitation générale, coma. Mort deux heures après midi.

Ouverture.— Faible injection de l'arachnoïde, fausse membrane sur la partie postérieure et supérieure de cette membrane qui adhérait ainsi avec la dure-mère. Sérosité entre les feuillets de l'arachnoïde et dans les ventricules; engorgement des vaisseaux qui rampent sur les circonvolutions. Quand on coupait la substance du cerveau, on voyait les ouvertures des vaisseaux ouverts qui laissaient suinter des gouttelettes de sang. Injection un peu plus forte sur l'arachnoïde du cervelet. Intestins contractés sur eux-mêmes, rouges à l'intérieur et recouverts d'un mucus épais et jaunâtre. Estomac plein de quinquina. Étant lavé, il présenta les signes non équivoques d'une inflammation de tous les follicules muqueux, qui, par leur élévation, figuraient assez bien une éruption miliaire: chaque petit follicule, dont le diamètre variait depuis demi-ligne jusqu'à une ligne et demie, était très sensible sous le doigt; il était entouré de tous côtés par les autres follicules, sans autre intervalle que celui qui indique la terminaison d'un follicule et le commencement d'un autre. Ils étaient tous lisses et sans apparence d'ouverture au milieu, comme elle est indiquée par Rœderer et Wagler. Malgré les lavages répétés de la membrane muqueuse de l'estomac, il resta sur sa surface un mucus jaunâtre, très épais, qui occupait la partie voisine du pylore; lorsqu'on l'enlevait, on découvrait la surface de l'estomac exempte de cette espèce d'éruption, qui n'existait que là où n'était pas le mucus. Le foie était naturel; la rate n'était composée que d'un sang noir et de filets qui restaient seuls quand on lavait une portion de cet organe. (*Id., ibid.*)

Fièvre intermittente pernicieuse convulsive.

N° 556. Vincent Boniface, âgé de trois ans, doué d'un cerveau très volumineux et d'une intelligence peu ordinaire à son âge, ne se portait pas bien depuis quelques jours, lorsqu'enfin, le samedi 29 juin 1822, il fut pris d'une fièvre précédée de frisson; on l'apporta alors à l'hôpital du Saint-Esprit. Son état fut le suivant: avant-bras étendus et roides, poings fermés, mouvements convulsifs de tous les muscles du visage, qui paraissaient diriger les traits plus à droite qu'à gauche. Le diaphragme et les muscles inspirateurs et expirateurs du thorax produisaient des abaissements et des élévations convulsifs des parois de cette cavité; perte absolue de connaissance; coma. Il fit quelques selles involontairement. Le dimanche matin, 30 juin, cessation des contractions des membres et des mouvements convulsifs de la figure. Après deux ou trois petites inspirations, l'abaissement convulsif du diaphragme en produit une si violente, que tout le corps en éprouve une secousse générale; la tête, qui est tournée à droite par son propre poids, est portée à gauche; la mâchoire inférieure que le malade laisse pendante, s'élève fortement au moment de cette inspiration. Yeux entr'ouverts et ternes, pupilles immobiles; pouls cent soixante-seize. Peau en sueur, pieds froids. Mort vers midi.

A l'ouverture du crâne, arachnoïde du cerveau et du cervelet excessivement injectée jusque dans ses plus petites ramifications. On aurait pris cette injection pour le résultat d'une belle préparation anatomique. Elle était plus prononcée à droite qu'à gauche, quoiqu'elle fût déjà extraordinaire de ce côté. Les vaisseaux qui rampent dans les ventricules étaient plus injectés à

gauche qu'à droite La substance du cerveau avait une consistance ordinaire, lorsqu'on le coupait par tranches : les vaisseaux ouverts fournirent une innombrable quantité de gouttelettes rouges. Inflammation de quelques portions des intestins grêles et des gros intestins. (*Id.*, *ibid.*)

Fièvre intermittente pernicieuse.

N° 557. Louis Baquoni, âgé de dix-sept ans, vint à l'hôpital le 17 août 1822, et fut placé au n° 27. Il fut traité pour une fièvre pernicieuse comateuse. Je ne le vis que le 26 août au matin. Son état était le suivant : décubitus sur le dos; il tient ses deux mains en l'air, et paraît toucher à quelque chose qui n'existe pas. Peau sèche, chaude; figure crispée, yeux caves, teint jaune, terreux; pouls cent soixante-huit. Ventre douloureux sous la pression, délire. Deux vésicatoires. Soir, coma vigil, carpologie persistante, sensibilité partout conservée; mâchoires serrées fortement l'une contre l'autre. Difficulté d'étendre l'avant-bras droit. Langue rouge, aride, couverte d'un enduit brun. Sensibilité de la peau de la poitrine exaltée, ventre douloureux sous la pression; pouls dur, irrégulier, cent cinquante-quatre. 27 août matin, visage abattu, respiration haute; langue rouge, humide; sa connaissance paraît un peu revenue; pouls cent soixante-dix. Mort dans la matinée.

Ouverture. — Injection très vive de toute l'arachnoïde, un peu d'eau dans les ventricules; consistance du cerveau et du cervelet ordinaire. Poumon droit sain, crépitant; poumon gauche recouvert sur toute la surface d'une couenne qui, à sa base et sur le diaphagme, avait un demi-pouce d'épaisseur; toute cette cavité gauche était d'ailleurs remplie d'eau. La substance du poumon, surtout dans le lobe inférieur, était hépatisée, dure, rouge. Le péricarde était également enflammé, ainsi que la séreuse qui revêt le cœur; elle était couverte d'une fausse membrane récente, qui s'enlevait facilement avec le scalpel. L'estomac présenta des plaques enflammées très larges, surtout vers le pylore; outre celles-ci, étaient d'autres plaques de la largeur d'une pièce de dix sous, d'un rouge vif, mais d'un aspect particulier; on aurait pu les comparer à des taches de rouille ou à un lichen; et quand on les examinait avec la loupe, on voyait qu'elles étaient formées par l'injection des plus petits vaisseaux invisibles à l'œil nu. Les intestins grêles présentaient des portions d'une couleur rose vermeille, ainsi que les gros intestins : la presque totalité était blanche, transparente, et remplie de gaz. (*Id.*, *ibid.*)

Fièvre intermittente pernicieuse convulsive délirante.

N° 558. Thomas Chioricci, âgé de cinquante-un ans, vint à l'hôpital le 18 juillet 1822 Il avait un délire furieux. On le lia : son pouls était fort et vibrant, mais il fut impossible de compter le nombre des pulsations à cause des mouvements continuels des bras et du corps. Deux heures après il battait cent vingt-quatre. Avant-bras fléchis sur les bras, à angle aigu et très résistant aux efforts que l'on tentait de faire pour les étendre. Le malade témoignait de la douleur si on insistait. Mâchoire inférieure fortement serrée contre la supérieure. Pour voir la langue il faut fermer les narines; elle est aride, tremblante, rouge, retirée au fond de la bouche. Muscles des lèvres dans un mouvement continuel. Peau sensible partout; cuisses et jambes dans un mouvement continuel; région épigastrique douloureuse à la pression; corps chaud et sec. Saignée de dix onces, lavement. Soir, même état. Dix sangsues derrière l'oreille, bains chauds aux pieds, lavement, sinapisme. Nuit un peu tranquille; quelques selles. Le 19 matin, mouvements convulsifs moins fréquents; pulsations, cent vingt. Bras toujours fléchis, mâchoire toujours serrée. Boisson à la neige. Soir, retour de l'augmentation de tous les symptômes, pouls impossible à compter à raison des soubresauts

des tendons. Saignée au pied, boissons à la neige. Après la saignée, un peu plus de calme ; dans la nuit, exacerbation. Mort à dix heures du matin.

Ouverture.— Arachnoïde épaissie et d'un rouge brun : l'injection des vaisseaux était telle, qu'on distinguait les plus fines ramifications. A sa partie postérieure était une fausse membrane intimement pénétrée de la couleur rouge du sang. L'arachnoïde du cervelet présentait les mêmes altérations. Substance grise du cerveau d'un rouge foncé bien remarquable. Injection des vaisseaux des corps striés. Dans la poitrine, anciennes adhérences des poumons, adhérence ancienne de toute la surface externe du cœur avec le péricarde. Le ventricule et l'oreillette droits plus dilatés qu'à l'ordinaire, ainsi que la courbure de l'aorte. Point de resserrement dans les ouvertures artérielles. Adhérences de l'épiploon avec le péritoine des parois antérieures du ventre. Rate plus volumineuse qu'à l'ordinaire, son tissu est en bouillie et à moitié fluide ; elle adhérait, par toute sa surface convexe, au diaphragme. L'estomac présentait des traces d'une inflammation ancienne; ses membranes étaient plus épaisses qu'à l'ordinaire et d'une couleur brune. Les intestins étaient le siége d'une inflammation récente, les vaisseaux du mésentère étaient vivement injectés. (*Id., ibid.*)

Fièvre intermittente pernicieuse gastrique.

N° 559. Joseph Maoloni, âgé de soixante ans environ, vint à l'hôpital le 12 septembre 1822. Il était malade depuis cinq jours; ses réponses furent si confuses, qu'il fut impossible de savoir quel fut son état antérieur. Seulement il dit avoir vomi des matières amères, et qu'il était tourmenté par la soif, des angoisses, et des douleurs à l'épigastre. Le 21 au soir, langue sèche, d'un rouge vif sur les bords; constipation, nausées sans vomissements, chaleur naturelle aux extrémités, à la poitrine; chaleur brûlante à l'épigastre ; angoisses, douleur vive d'estomac sous la pression; pouls petit, fréquent. Lavement d'eau d'orge, solution gommeuse, fomentation sur le ventre. Dans la nuit, vomissement et selle. 22 matin, pouls plus large, idées encore confuses, diminution de l'agitation, chaleur naturelle partout, langue sèche, soif. Même traitement. Vers neuf heures et demie, il a vomi la tisane avec des mucosités, de la bile et quelques lombrics. Vers onze heures et demie, stupidité, douleurs à l'épigastre augmentées. A trois heures après midi, douleur de ventre lancinante ; pouls petit, fréquent; extrémités froides et baignées d'une sueur froide, visqueuse ; extrémités inférieures fléchies sur le ventre. Saignée au bras. Mort une demi-heure après.

Ouverture. — Injection des vaisseaux qui rampent sur les circonvolutions ; substance du cerveau présentant une infinité de gouttelettes de sang; trois ou quatre onces d'eau à la base du crâne; poumons naturels, crépitants. Dans le ventre quinze ou seize onces d'un sang noir coulant comme de l'huile ; rate crevée à sa partie inférieure, non pas par une fissure, comme dans les autres observations, mais présentant une ouverture de la largeur d'une pièce de cinq francs, par laquelle sortait une substance noire et putrilagineuse. Il fut impossible d'enlever la rate d'une seule pièce, tant elle était diffluente ; elle se sépara dans la main en deux portions, dont l'une, appliquée sur la table, s'aplatit comme de la bouillie, et l'autre resta adhérente au diaphragme, que l'on fut obligé de couper pour enlever la rate entièrement ; son volume n'était pas beaucoup plus considérable que celui d'une rate ordinaire. Estomac d'un rouge brun dans la plus grande partie de son étendue; inflammation de tout le reste du tube intestinal, qui était d'une couleur rose en dedans ; vessie naturelle, foie gorgé de sang, langue blanche, pâle par la retraite du sang. (*Id., ibid.*)

Fièvre intermittente pernicieuse comateuse.

N° 560. Nicolas Mauloni, âgé de dix-neuf ans, d'une bonne constitution, fut apporté à l'hôpital du Saint-Esprit le 13 août 1822, et fut placé au n° 77. Il se plaignait de douleurs articulaires et de tête. Il eut la fièvre tous les jours, avec des intermissions bien marquées. Après la sueur qui terminait chaque accès, il prit plusieurs livres de quinquina, jusqu'au 28 août au soir, sans que le coma profond dans lequel il était pendant l'accès fût diminué. On lui appliqua alors deux vésicatoires au bras. Le 29, il reprit sa connaissance, et répondit en riant qu'il se portait bien à présent. Dans ce jour, il prit trois onces de quinquina : l'accès revint dans la nuit, et avec lui le coma; le pouls était cent trente-un, plein, fort, tandis que le matin il était assez lent. Le soir la sueur arriva, et le malade mourut.

Ouverture quatorze heures après. — Le cadavre étant couché sur le ventre, rendit plusieurs onces de sang par le nez. Arachnoïde injectée, vaisseaux engorgés; le cerveau étant enlevé, il resta au moins six onces de sang dans le crâne; poumons adhérents à gauche, cœur naturel. A l'ouverture du ventre il s'écoula au moins deux pintes d'eau sanguinolente assez épaisse. Tout le péritoine est noir, soit au mésentère, soit sur les intestins, sans aucune couenne albumineuse. La partie convexe de la rate était couverte d'un caillot de sang très solide, de quatre pouces de diamètre sur un demi-pouce d'épaisseur. La rate, enlevée avec précaution et lavée, présenta à sa surface convexe plusieurs crevasses de sa membrane, dont deux principales avaient deux pouces de long chacune, sur trois lignes de largeur, entre ces deux était une autre crevasse, d'un pouce de longueur et de trois lignes de largeur environ. Enfin derrière, ou plutôt en haut, près de son bord supérieur, étaient encore d'autres crevasses irrégulières, par lesquelles se montrait le tissu de cet organe, dont la longueur était de six pouces, la largeur cinq pouces, et l'épaisseur deux pouces. Son tissu était putrilagineux, et au lieu d'être sanguinolent ou couleur lie de vin, comme dans toutes celles que j'avais vues, ce putrilage était d'un noir grisâtre, sans mauvaise odeur cependant. Inflammation de toute la surface de l'estomac, éruption sur presque toute son étendue. Il y avait aussi des plaques rouges lichénoïdes, dont nous avons déjà parlé. Vésicule du fiel entièrement vide, deux pintes d'urine dans la vessie, dont le fond extérieur était noir; l'intérieur était blanc et sain. Rectum plein de matières fécales, d'une consistance et d'une nature ordinaires.

Fièvre intermittente pernicieuse algide singultante.

N° 561. Vincent Cola Paolo, de Rimini, âgé de quarante ans, d'une bonne constitution, demeurant à Roma Vecchia, vint à l'hôpital le 7 juillet. Il avait eu la veille un accès de fièvre. Le 7 au matin, son état était le suivant : mains plus froides que celles d'un cadavre; pouls cent huit, petit, concentré; hoquet régulier dans ses retours, quatorze fois par minute; décubitus sur le dos, assoupissement dont on le tire facilement, réponses assez justes : il témoigne une douleur à la région du foie. Le soir, l'accès décline, et le hoquet disparaît. Le 8 au matin, retour complet de la connaissance et du faciès naturel, qui, pendant l'accès, a cet aspect particulier qui caractérise tous ceux qui ont la fièvre; mais les mains sont toujours glaciales jusqu'à la moitié de l'avant-bras. D'après son propre aveu, il ne sent pas qu'elles sont froides; mais si je les lui applique sur le ventre, il sent très bien qu'elles le sont : il parle comme à l'état de santé. A neuf heures, son aspect devient comme hébété; il répond avec lenteur, il faut l'y forcer. Il a de la tendance à l'assoupissement. Il se couche sur le côté, les jambes fléchies sur le ventre. L'accès commence, le froid gagne le tronc, la respiration devient courte; on aper-

çoit de temps en temps, pendant les mouvements un peu convulsifs de la respiration, quelques petites secousses qui rappellent l'idée du hoquet; enfin il meurt à trois heures après midi, les yeux ouverts. Il a pris du quinquina pendant l'apyrexie.

Ouverture — Injection générale de l'arachnoïde, qui est plus épaisse, rouge et comme doublée par une fausse membrane sanguinolente : les vaisseaux qui rampent sur les circonvolutions du cerveau sont engorgés. L'estomac est fortement enflammé dans sa moitié pylorique; le reste du tube intestinal est sain. (Bailly, *ibid.*)

Fièvre intermittente pernicieuse algide.

N° 562. Angélo Donni, de Milan, âgé de trente-cinq ans, constitution faible, lymphatique, fabricant de macaroni, entra, le 5 juillet 1822, dans une des grottes de Monte-Testaccio; il éprouva un froid général qu'il essaya de chasser en buvant sept à huit verres de vin. Il ne put cependant se réchauffer. Il ressentit alors une grande faiblesse, qui fut le symptôme dominant pendant les six jours qui précédèrent son entrée à l'hôpital. Son état était si peu décidément fébrile que, d'après son rapport, le médecin n'a jamais su lui dire s'il avait eu la fièvre. Il avait un sentiment de douleur générale. Il a pris un vomitif et un purgatif, et s'est remis à son travail; mais l'état général de trouble et de malaise augmentant, ainsi que la faiblesse, le 11 juillet matin il vint à l'hôpital du Saint-Esprit, à pied, soutenu par un homme de chaque côté. Arrivé dans la première salle où je le vis alors, il s'assit sur un banc et parut se trouver mal. Il se laissait tomber du côté droit; mais l'expression de sa physionomie n'était pas celle d'une personne qui éprouve une syncope. Il y avait dans les mouvements de sa tête, de ses yeux, quelque chose d'analogue à ceux que produit l'ivresse, et non le laisser-aller produit par la cessation des mouvements du cœur. On le soutint seulement, et cela se passa; il put ensuite monter plus de trente marches pour se rendre dans la salle de clinique. Quand il fut couché, son état fut le suivant : pouls fréquent, faible; température des cuisses, des jambes, des mains, des bras, froide; langue humide et non rouge : il a pu rendre compte de son état antérieur. Cependant il a prié le médecin d'interroger son camarade qui l'a accompagné à l'hôpital; car, quoiqu'il n'y eût ni délire, ni coma, ni syncope, il parut si étourdi, si peu maître de ses idées, qu'il renonça à en rendre compte; seulement il a assuré n'avoir jamais eu la fièvre. Il n'a pas été à la selle depuis le purgatif; après-midi, il s'est trouvé mal deux fois, Soir, pouls à peine sensible; angoisses; extrémités froides, la main gauche plus que la droite; elle est d'une couleur livide. Température du ventre, de la poitrine, presque naturelle; face pâle; délire, agitation; inquiétude. Décoction de quinquina, huit onces; extrait de kina, thériaque, de chaque un gros; laud. liq anod., de chaque vingt grains; émulsion camphrée, vésicatoires aux cuisses. Le 12 juillet, à une heure et demie du matin, sueur générale abondante, mais froide. Le matin, à la visite, faiblesse toujours la même; pouls insensible aux bras, qui sont froids ainsi que les cuisses; le ventre est un peu plus chaud, mais il est au-dessous de la chaleur naturelle; pouls à la tête cent quatorze. Plaie des vésicatoires pâle; point d'eau sous l'épiderme qui n'est que détaché. Il a toute sa connaissance, mais manifeste une tendance à l'assoupissement. Il ne se plaint d'aucune douleur; le ventre n'est point douloureux à la pression; il n'accuse qu'une grande faiblesse. Vésicatoires aux bras; kina, deux gros dans le vin. Un peu plus tard, retour des mêmes symptômes; alternative de délire et d'assoupissement, froid intense général : mort à cinq heures et demie après-midi. Une demi-heure après la mort, son cadavre était plus chaud que pendant la vie.

Ouverture, quinze heures après. — Estomac vivement enflammé entre son grand cul-de-sac et le pylore; intestins présentant quelques traces légères d'inflammation dans quelques points. Rate en bouillie, foie sain, adhérences anciennes du poumon droit. Avant d'ouvrir le crâne, on sépara la tête d'avec le tronc; il s'échappa par le trou occipital beaucoup de sérosité sanguinolente. Injection de l'arachnoïde dans ses plus petites ramifications, mais un peu plus à gauche qu'à droite. Fort engorgement des vaisseaux qui rampent sur les circonvolutions, plus marqué à gauche. Substance grise du cerveau plus pâle que foncée, plexus choroïde pâle, sérosité entre les circonvolutions; cerveau d'une consistance mollasse. (*Id., ibid.*)

Fièvre intermittente quotidienne.

N° 563. Tobie Levante, âgé de trente-cinq ans, d'une constitution grêle, vint à l'hôpital du Saint-Esprit, le 5 juillet, à sept heures du matin. Il avait eu une pleurésie, m'a-t-on dit, l'hiver passé; il lui restait encore de la toux, de la dyspnée. Depuis cinq jours, la fièvre lui est venue tous les matins: elle commence par des frissons et se termine par la sueur; il éprouve une douleur sus-orbitaire; le pouls est à peine fébrile, la respiration est difficile; il a une grande tendance au sommeil; le ventre est douloureux sous la pression; le poignet gauche est œdémateux. Une once de quinquina. La fièvre vient avant midi avec des frissons; pouls cent vingt; augmentation de la douleur du ventre. Le malade tiré de son assoupissement répond à tout, mais retombe. Augmentation de la douleur de tête; la vue est obscurcie comme par un voile; vertiges quand il se met sur son séant; bras gauche moins mobile que le droit. 6 juillet matin, décubitus sur le côté droit; somnolence; intégrité de l'intelligence; diminution de la douleur du ventre; pouls plus élevé, cent; il présente quelques intermissions; légère douleur de tête; il a eu deux selles. Quinquina. Soir. Meilleur aspect, disparition de l'assoupissement et de l'obscurcissement de la vue, qui revient cependant de temps en temps; douleur de ventre très forte; langue rouge, sèche; pouls, quatre-vingt-dix-huit, irrégulier; douleur de tête disparue. Une once de quinquina. 7 juillet. Retour de la fièvre, précédée de frissons; pouls irrégulier, bas et petit. Une once de quinquina. Soir. Douleur de tête augmentée, agitations, plaintes, crachats purulents très abondants, râle; mort à huit heures et demie.

Ouverture. — Arachnitis ancienne, adhérences à la dure-mère; injection récente très prononcée; ventricules pleins d'eau; poumons adhérents aux plèvres; le droit est rempli de cavités capables de contenir chacune une amande, le gauche présente à son sommet une cavité capable de contenir le poing de l'homme le plus gros. Légère phlegmasie à peine sensible de l'estomac. Tout le reste des intestins est parfaitement blanc, transparent et rempli de gaz, vessie contenant plus de deux livres d'urine. (*Id., ibid.*)

Fièvre rémittente quotidienne.

N° 564. Isabelle P***, des environs de Sienne, était d'une constitution grêle, jouissant de peu de fortune: elle était depuis quelque temps en proie à des chagrins, à des dérangements de santé, lorsque, au mois d'octobre 1819, étant âgée de trente-trois ans, elle fut prise de fièvre. Dans le commencement, elle offrit les caractères d'une fièvre rhumatique rémittente: la douleur de tête à laquelle cette femme était souvent sujette, devint alors d'une violence extrême; les articulations des pieds devinrent très douloureuses, et l'hypocondre gauche devint le siége d'une douleur permanente et profonde: il était facile de voir que son siége était dans la rate, bien que celle-ci ne fût pas d'un volume plus considérable, et qu'elle supportât assez bien la pression qu'on y exerçait. Le second jour, la fièvre revint avec le frisson comme au

premier accès, et avec elle la céphalalgie et une douleur pongitive sous la mamelle gauche. On la saigne, et on lui donne un éméto-cathartique indiqué par des signes de gastricisme. Elle parut se trouver mieux ; une sueur modérée et universelle semblait promettre la solution de cette maladie. Les urines rendues furent claires et en petite quantité : enfin, on était arrivé au sixième jour sans aucun signe fâcheux. Cependant les accès de la fièvre étaient devenus de moins en moins apparents ; les déjections alvines étaient toujours noirâtres, fluides et d'une mauvaise odeur. La malade prenait du quinquina et de la valériane. Le septième jour, la fièvre étant devenue plus forte, le coma et le délire alternèrent. Des vésicatoires furent appliqués aux jambes et à la plante des pieds, et la malade mourut apoplectique au commencement du neuvième jour.

A l'ouverture, on trouva de la sérosité entre le crâne et ses membranes : celles-ci étant incisées, on vit le même liquide sur le cerveau et dans le quatrième ventricule ; du reste, aucune altération de ces parties. Tout était sain dans le thorax. Dans l'abdomen, le foie avait acquis un tel volume, qu'il masquait l'estomac et tous les intestins ; la portion gauche de ce viscère s'étendait jusque dans l'hypocondre gauche et adhérait tellement à la rate, qu'on ne put les séparer sans les déchirer. Cependant la substance du foie était saine, ainsi que les autres viscères abdominaux, à l'exception de la rate qui était plutôt un *sac rempli d'une bouillie très noire.* (Grottanelli, *Ad acut. et chron. splen. hist. animad.* Florentia, 1821.)

Fièvre intermittente double-tierce, quotidienne, puis rémittente, et enfin continue hectique.

N° 565. Morelli, professeur de clinique à l'université de Pise, traitait depuis quelque temps un prêtre sexagénaire pour un mœlena ; il s'aperçut que la rate était dure, très développée et douloureuse. Le malade étant convalescent, il mangea des haricots et des châtaignes ; ce même jour, il se sentit très mal, et pendant la nuit qui suivit, il éprouva successivement de la dyspnée, de la strangurie, et enfin une ischurie complète. Dix-huit heures après, aucun moyen de guérison n'ayant réussi, il fut nécessaire de le sonder pour vider sa vessie. Il se porta bien ensuite pendant un an environ. Au bout de ce temps, il commença à sentir une douleur sourde et d'abord légère dans l'hypocondre gauche ; puis survinrent de la dispepsie et une fièvre qui passa successivement par les types de double-tierce, de quotidienne, de rémittente, et enfin prit les caractères d'une fièvre lente hectique. Les sangsues à l'anus, les laxatifs, les boissons rafraîchissantes et les lavements furent employés contre cette maladie. Enfin, le malade commença à rendre par les selles, pendant plusieurs jours, une matière inodore, mais offrant la couleur et la consistance du chocolat : épuisé par la maladie, il mourut bientôt.

A l'ouverture du cadavre, on trouva la membrane extérieure de la rate adhérente au colon transversal, là où il se courbe pour former l'*S* iliaque ; la rate elle-même ressemblait à une vessie vide ; la substance de cet organe s'était échappée par un trou qui existait au centre de son adhérence avec le colon. (*Id., ibid.*)

Fièvre intermittente et rémittente quotidienne.

N° 566. Une femme âgée de quarante-huit ans, robuste et ayant cessé d'être réglée depuis deux mois seulement, ouvrière à la manufacture de draps, est mouillée jusqu'à mi-corps dans une inondation : refroidissement avec frisson ; fièvre intermittente quotidienne, bientôt compliquée d'une phlegmasie de tout le tube digestif, de diarrhée ; la fièvre devient alors rémittente. Nul régime pendant vingt jours, au bout desquels la violence toujours croissante

des paroxysmes force la malade à entrer à l'hôpital. Soif vive ; langue d'un blanc brunâtre ; papilles très allongées ; région épigastrique très douloureuse à la pression. Vingt-quatre sangsues sur cette partie en deux jours consécutifs, limonade gommée, diète absolue. Les symptômes de gastro-entérite diminuent rapidement, et la fièvre reprend le type intermittent quotidien. Sulfate de quinine, seize grains en deux jours et en quatre doses. Cessation prompte des accès ; aussitôt infiltration qui, en trois jours, envahit tout le corps, et qui s'accompagne d'une soif vive et continuelle, de la sécheresse de la langue, d'un pouls petit et peu fréquent, d'une pesanteur à l'épigastre, de quelques déjections liquides, mais rares. Boissons mucilagineuses nitrées.

L'enflure devient si considérable que la peau des cuisses se gerce et laisse écouler incessamment une grande abondance de sérosité ; rougeur et cuisson à la partie gercée.

Au douzième jour, à dater de l'apparition de l'enflure, frisson violent avec dyspnée ; figure altérée ; érysipèle gangréneux qui commence à la cuisse ulcérée et gagne rapidement les parois abdominales ; rémittence. Le lendemain, second paroxysme plus violent, rémittence. La malade succomba au troisième paroxysme.

Nécroscopie. — Escarre gangréneuse superficielle mais étendue sur les parties qui sont le siége de l'érysipèle. Le foie est dans son état naturel ; la rate est saine quoique un peu tuméfiée ; la membrane muqueuse de l'estomac est épaissie et pointillée de rouge, recouverte d'un mucus gluant et tenace, surtout sur sa portion pylorique ; toute la membrane muqueuse du duodénum est d'un rouge brun ; le reste du tube digestif présente des traces de phlegmasie beaucoup moins prononcées. La matrice était farcie d'énormes tumeurs fibreuses, de même que les ovaires. La femme qui fait le sujet de cette observation n'avait jamais eu d'enfant. Non seulement une grande quantité de sérosité était épanchée dans le péritoine, mais encore tout le tissu cellulaire qui unit les organes et les gros vaisseaux en était infiltré. Les organes de la poitrine étaient sains, mais il y avait un épanchement séreux dans la plèvre. (Nepple, *ouvrage cité.*)

Fièvre intermittente d'abord tierce, quotidienne, puis continue, puis de nouveau quotidienne, et enfin quarte.

N° 567. Je fus appelé, le 10 octobre 1831, pour voir un homme qui, disait-on, avait les fièvres depuis dix-huit mois. Cet individu, en effet, était atteint d'une affection fébrile qui datait à peu près de ce temps, et qui, après avoir débuté par le type tierce, était devenue quotidienne, puis continue, puis de nouveau intermittente quotidienne, et avait persisté ainsi jusqu'au mois d'août dernier, époque où elle avait pris la forme rémittente quarte. Lorsque je le vis pour la première fois, je le trouvai maigre, décharné, réduit pour ainsi dire au dernier degré de marasme ; il avait une petite diarrhée qui s'accompagnait souvent de coliques et de ténesme ; on sentait à travers les parois abdominales les glandes du mésentère endurcies ; les hypocondres étaient tous les deux très gonflés, mais le droit offrait une tumeur très dure, très volumineuse, et qui avait la forme du foie. J'attribuai cet état, qui me parut du reste désespéré, à trois causes : la persistance de la fièvre, un régime peu approprié, et l'énorme quantité de quinquina et de sulfate de quinine qu'on avait donnée. En conséquence, je supprimai ces derniers médicaments ; je prescrivis pour toute boisson une eau de riz édulcorée avec le sirop de coing, et l'on ne permit en fait d'aliments qu'un peu de lait coupé. Ce traitement nouveau semble améliorer un peu la position du malade ; mais il était trop tard, le mieux ne fut pas de durée ; la mort eut lieu malgré tous mes efforts, le 3 novembre.

A l'ouverture du cadavre, on trouve l'estomac rétréci, arborisé dans plu-

sieurs points de son étendue et présentant une épaisseur considérable dans les environs du pylore. L'intestin grêle, parsemé çà et là de plaques plus ou moins rouges, offrait dans le voisinage de la valvule iléo-cœcale plusieurs ulcérations ; le foie et la rate étaient d'un volume énorme, mais le premier dur, tuberculeux, et contenant dans quelques parties de son parenchyme une matière blanche, encéphaloïde; tandis que l'autre, distendu outre mesure par un sang noir et visqueux, ne présentait aucune altération de texture; les glandes du mésentère, presque toutes engorgées, étaient, les unes fort dures, les autres ramollies à divers degrés ; le reste des viscères abdominaux, ainsi que le cerveau et les organes thoraciques étaient sains. (Bonnet, *Traité des fièvres intermittentes.*)

Fièvre intermittente pernicieuse.

No 568. Un caporal suisse du canton de Soleure, âgé de vingt-sept ans, d'un tempérament bilieux, sanguin, et d'une forte constitution, ayant été atteint d'un accès de fièvre inflammatoire à son retour d'Utrecht, où il était allé conduire un transport, fut visité par le docteur Snabilié, qui reconnut les symptômes d'une fièvre intermittente pernicieuse. (Il régnait alors une épidémie de fièvres quotidienne et tierce.) Ce médecin fit aussitôt une saignée générale aux veines du cou, appliqua des compresses froides sur la tête, prescrivit un lavement avec le tartre stibié, et fit mettre les sinapismes aux pieds, puis des vésicatoires aux jambes ; il fit ensuite prendre au malade le sulfate de quinine. Mais tous ces moyens furent inutiles : le malade expira le lendemain.

Vingt-six heures après la mort, on fit l'ouverture du cadavre. Le visage était d'un rouge bleuâtre : le cerveau offrait des traces d'inflammation et paraissait gonflé; les sinus longitudinal supérieur, et latéraux étaient remplis de sang; la substance du cerveau était d'un rouge vif et ramollie; les ventricules cérébraux, principalement les latéraux, étaient dilatés et contenaient du sang et un liquide séreux; les plexus choroïdes étaient fortement injectés de sang; le cervelet était seulement un peu plus rouge, et une certaine quantité de liquide limpide se trouvait à la base du crâne Les deux poumons étaient adhérents à leur surface extérieure avec la plèvre par de fausses membranes, et remplissaient les deux cavités de la poitrine; ils étaient d'un noir brunâtre et fortement injectés de sang ; le cœur était entouré d'une certaine quantité de liquide. Le foie, la rate et le pancréas étaient gonflés, ramollis et sans consistance, les *vasa-brevia* étaient pleins d'un sang noirâtre, les intestins distendus par des gaz ; la membrane muqueuse de l'estomac était épaissie, les glandes du mésentère durcies et tuméfiées; les organes des voies urinaires se trouvaient dans leur état naturel, et le péritoine était un peu épaissi. (*Bulletin des sciences médicales*, t. XV, 1828.)

Fièvre double tierce, ataxique et épileptiforme ou caractère pernicieux.

No 569 C***, âgé de vingt-cinq ans, d'une constitution saine et robuste, fusilier au 9e de ligne, entre à l'hôpital le 18 août, pour une fièvre qualifiée de double-tierce, d'après les réponses du malade et son état actuel. Placé d'abord dans la salle Saint-Raphael, no 7, il fut replacé le troisième jour dans la salle Saint-Jean, contiguë à la précédente, et n'offrit rien d'extraordinaire pendant les cinq premiers jours. C*** est mis à l'usage de légers potages et de boissons acidulées. Sa situation n'étant pas aussi satisfaisante que celle de la plupart des autres fiévreux, je lui administre de cinq à huit grains de salicine par jour. Il en avait consommé vingt-huit grains environ, et il avait eu un vésicatoire à la nuque le 23, lorsque je m'aperçois le 24 au matin qu'il a les yeux vitrés, le visage profondément altéré, la langue desséchée, l'épi-

gastre douloureux, les muscles et leurs tendons agités par des mouvements convulsifs et des soubresauts. Il ne répond point à une question, malgré qu'il la comprenne, et il sent bien que je lui pince la peau. Excrétion involontaire des urines et des fécès Le chirurgien de garde, appelé dans la nuit précédente, ayant appliqué quinze sangsues à l'épigastre, et les piqûres saignant encore, j'en fis poser vingt autres aux tempes et derrière les oreilles; mettre des sinapismes aux pieds, et frictionner les membres avec une très forte décoction de quinquina alcoolisé et camphré. Je reviens auprès du malade à 11 heures du matin, et pour me convaincre si véritablement il ne peut plus boire, je lui en fais donner devant moi. La déglutition est très pénible effectivement; alors mouvements convulsifs et autres analogues à ceux de l'épilepsie; cela dure trois ou quatre minutes. C'était la troisième attaque depuis la veille; ensuite les membres thoraciques et pelviens gauches sont en convulsion, ceux du côté opposé étaient immobiles. A six heures du soir, pouls très fréquent, facile à déprimer; peau chaude et couverte de sueur; perte de l'usage des sens, spécialement de la vue et de l'ouïe; paralysie complète du côté droit, légers mouvements convulsifs des membres gauches. Application de très larges sinapismes aux cuisses En m'éloignant du malade, je déclare aux personnes qui m'entourent que la mort me paraît inévitable pour la fin de la nuit et d'un si violent accès. C*** succomba le 29 à quatre heures et demie du matin.

Nécroscopie, douze heures après la mort. — Sujet charnu, fortement constitué; tous les vaisseaux des téguments de la tête, ceux surtout de l'encéphale, et ses enveloppes sont excessivement distendus par le sang. Ce liquide s'écoule en abondance quand on détache la calotte osseuse. La dure-mère étant enlevée, on remarque çà et là sur l'hémisphère cérébral gauche des ecchymoses rouges qui ne s'en vont pas au lavage, et paraissent résulter d'une extravasation sanguine opérée durant la vie. Les substances cérébrales grise et médullaire offrent partout une arborisation sanguine extraordinairement prononcée. Tous les vaisseaux de l'encéphale étaient tellement gorgés de sang que j'attribue à cette surabondance l'excédant de son poids, dont j'ai été frappé en le retirant du crâne. L'estomac était partagé en deux poches par un collet ou rétrécissement situé entre les deux extrémités, et qui paraissait être congénial; l'intérieur n'offrait pas d'altération bien notable; mais en grattant la membrane muqueuse on découvre vers le pylore une arborisation sanguine de l'étendue d'une pièce de cinq francs, et qui résultait de l'inflammation. (Gasté, *Journal universel hebdomadaire de médecine*, t. V, 1831.)

Fièvre intermittente quotidienne.

N° 570. Un homme âgé de cinquante-huit ans, fortement constitué, entre à l'Hôtel-Dieu dans les derniers jours du mois d'août; il avait une fièvre quotidienne depuis quinze jours; depuis plusieurs mois il avait eu des accès semblables qui avaient chaque fois disparu par l'emploi du sulfate de quinine, mais qui n'avaient pas tardé à reparaître. La fièvre revenait chaque soir; les stades de froid et de sueurs étaient bien marqués; pendant le froid il existait des tremblements généraux, des claquements de dents, etc. On constata que la rate était volumineuse, la couleur de la peau jaunâtre, ainsi que les conjonctives; les digestions pénibles et l'appétit peu prononcé. Le sulfate de quinine fut de suite administré, en raison de l'ancienneté de la maladie et de la tendance à reparaître, mais à la dose de douze grains. L'effet du médicament fut nul; on le suspendit quelque temps. Bientôt après les accès de fièvre, continuant toujours sous le type quotidien, on constata, par la percussion médiate, un léger épanchement abdominal; par le même moyen la rate est trouvée volu-

mineuse, limitée dans tous les sens, excepté en arrière, où l'on ne peut saisir le point où elle cesse, la matité se continuant jusqu'à la colonne vertébrale. Si l'on ne parvient à faire disparaître la fièvre et les accidents qui en dépendent, la mort du malade est certaine. Trente grains de sulfate de quinine n'ont pas plus d'effet que les doses les plus faibles données antérieurement ; il est donc probable qu'il existe dans ce cas quelque lésion profonde contre laquelle le quinquina est sans vertu. Cependant, se rappelant l'observation faite par M. Bailly, qu'il n'existe presque pas de fièvre intermittente qui ne résiste à de très hautes doses de sulfate de quinine, M. Piorry en fit prendre soixante grains par jour à ce malade. La fièvre, en effet, manqua le lendemain, puis le surlendemain, et on crut apercevoir que la rate diminuait de volume ; mais cette amélioration fut de courte durée : la fièvre revint malgré l'emploi de la même dose de quinquina, et le malade mourut des suites d'une péritonite survenue brusquement, qu'on soupçonna devoir être due à une perforation, bien que tous les signes qui caractérisent celle-ci ne se présentassent pas.

On eut soin d'examiner le cerveau du cadavre et le bulbe rachidien, qui furent trouvés parfaitement sains. L'abdomen était le siége de lésions remarquables. Il existait une péritonite aiguë, comme on l'avait annoncé. La rate, assez volumineuse et ramollie, n'offrait du reste aucune dégénérescence, mais elle formait la paroi interne d'une cavité contenant un épanchement purement circonscrit, situé dans l'hypocondre gauche. Le liquide, d'une couleur jaunâtre, différait beaucoup du liquide résultat de la péritonite. Peut-être qu'une ouverture s'étant faite à l'une des parois du foyer, le liquide s'étant épanché, aura produit la péritonite ; mais ce n'est qu'une conjecture, la perforation n'ayant été cherchée qu'après coup en ce point sans avoir été vue. Quant au foie, il était volumineux, et parsemé d'abcès de toutes grandeurs, depuis le point jaunâtre par lequel ils commencent jusqu'au volume d'un petit œuf. Ils présentaient de nombreuses variétés de forme et d'étendue ; les trois lobes en renfermaient plusieurs. Dans quelques uns le pus était d'un blanc laiteux, dans d'autres il s'y mêlait une teinte jaunâtre très prononcée, dans aucun la couleur lie de vin, indiquée par les anciens auteurs, et signalée par les modernes comme étant la plus rare ; les parois de chaque fosse, irrégulières et noirâtres, étaient ramollies et nullement endurcies. Les veines examinées dans le foie, et suivies aussi loin que possible, ne contenaient aucune trace de pus, et n'offraient aucune lésion ; il en fut de même de la veine cave et de la splénique. Quant à l'artère hépatique, elle renfermait des caillots noirâtres, consistants et un peu adhérents aux parois. Le poumon et le cœur étaient sains. (Piorry, *la Lancette française*, t. II.)

Fièvre intermittente double-tierce.

N° 571. Tessier, soldat au train des équipages, âgé de vingt-trois ans, depuis peu en Afrique, bien constitué et n'ayant jamais été malade, entra à l'hôpital de Bone, le 6 mars 1834, le quatrième jour d'une fièvre intermittente dont les accès étaient quotidiens, mais se présentaient de manière à caractériser une fièvre double-tierce ; ils étaient beaucoup plus forts les jours pairs que les jours impairs. Il arriva tard, et je ne le vis que le 7 à la visite du matin. Le dernier accès avait été plus grave et plus long que les premiers ; cependant, le 7, le pouls était apyrétique ; il y avait une toux assez forte et une céphalalgie légère. Diète, eau gom., pot. gom., saignée du bras de quinze onces. Accès très simple dans la journée. 8 au matin, apyrexie. Diète, eau gom., pot. gom. Dans la matinée, accès violent ; symptômes de gastro-entérite tranchés ; soif ardente ; langue sèche, rouge ; envies de vomir ; pouls

dur et fréquent ; peau brûlante; céphalalgie. Quarante sangsues à l'épigastre. 9 au matin, le malade est tranquille ; il ne reste des accidents graves de la veille qu'une soif assez vive et une langue saburrale. Diète, eau gom., pot. gom., gargarisme acid. La journée se passe sans fièvre. 10 au matin, état des plus satisfaisants; calme parfait; plus de soif, plus de céphalalgie. Eau gom., pot. gom., garg. acid. Retour d'un accès semblable à celui du 8 Quarante sangsues à l'épigastre. 11 au matin, fièvre forte; soif vive; enduit jaunâtre de la langue au centre, rougeur de ses bords ; météorisme ; deux ou trois selles liquides pendant la nuit. La maladie devenait des plus graves, malgré l'énergie du traitement antiphlogistique ; mais en considérant la marche qu'elle avait suivie jusqu'alors, et que, malgré la violence des accès précédents, il y avait toujours eu une intermission bien nette, je me décidai à donner le sulfate de quinine. Diète, eau gommée, potion gommée, lavement émollient, seize grains de sulfate de quinine à prendre en deux fois, dans la matinée. Il n'y a pas d'apyrexie; les symptômes restent à peu près les mêmes pendant toute la journée. 12 matin, le pouls est encore fébrile ; la langue s'est nettoyée, la soif est bien moins vive ; malgré cette rémission, la céphalalgie persiste toujours à un haut degré. Diète, eau gomm., vingt sangsues aux tempes, vingt-quatre grains de sulfate de quinine en pilules, le malade ayant de la répugnance à prendre ce médicament en potion. L'amélioration remarquée le matin se soutient et fait des progrès. 13 matin, apyrexie; quelques selles liquides pendant la nuit. Diète, eau gomm., lav. émoll., huit grains de sulfate de quinine. Point d'accès. 14 matin, plus de fièvre, plus de soif, plus de céphalalgie, quatre selles pendant la nuit. Diète, eau gomm., lav. amyl., avec addition de quarante gouttes de laudanum. Dans l'après-midi, le malade est bien, mais dans la soirée il est pris d'un accès qui débute par des frissons violents. 15 matin, coma; insensibilité absolue; pouls plein, large, fréquent; respiration courte, haute, difficile ; ailes du nez dilatées; facies pâle. Saignée de la temporale de douze onces; six sangsues en permanence, à renouveler de deux en deux heures, en les appliquant alternativement au front, aux tempes et aux apophyses mastoïdes ; deux vésicatoires aux cuisses, deux sinapismes aux jambes; diète, eau gomm. A dix heures, le malade est sorti du coma ; il paraît comprendre ce qui se passe autour de lui, mais il ne peut articuler aucune parole. Vingt-quatre grains de sulfate de quinine à prendre de suite. A trois heures après-midi, le pouls est mou, tranquille ; beaucoup de lenteur dans la parole. Seize grains de sulfate de quinine à prendre pendant la nuit ; fomentations froides sur la tête. 16 matin, apyrexie parfaite; intelligence nette ; plus de soif, plus de céphalalgie ; pas de selles. Diète, eau gomm., huit grains de sulfate de quinine. Point d'accès, point de malaise dans la journée. Vingt-quatre grains de sulfate de quinine, à prendre pendant la nuit. Le sulfate de quinine fut continué encore pendant quelques jours, mais la fièvre intermittente fut décidément arrêtée après l'accès du 15 : la diarrhée avait entièrement cessé, et la convalescence se faisait franchement, lorsque, le 20, il se forma de vastes escarres gangréneuses au sacrum, et un énorme dépôt sous les muscles larges du dos. La suppuration fut très abondante, et épuisa le malade, qui mourut dans le plus grand marasme, le 28 avril, à six heures du soir. On observa, dans les derniers jours, du délire et une contracture du bras droit qui était fortement appliqué contre la poitrine.

Ouverture du cadavre, quatorze heures après la mort. — Marasme squelettique. Vastes foyers purulents sous les muscles larges du dos et au pourtour de l'articulation coxo-fémorale droite. Le sacrum paraît à nu au centre d'une large plaie, qui a vingt-deux pouces de circonférence; escarres gangréneuses dans différents points du corps. Légère congestion des vaisseaux qui rampent à la surface des circonvolutions cérébrales. Cerveau présentant

une injection sablée de la substance blanche, assez ferme. Cervelet mou. Sérosité abondante accumulée à la partie inférieure du canal rachidien; injection très fine, d'un rouge vif, de la pie-mère. La moelle est généralement ferme et résistante: la substance blanche ne paraît pas injectée, tandis que la grise l'est d'une manière bien évidente; ramollissement blanc, déliquescent, de douze à quinze lignes, au niveau des vertèbres dorsales. Poumon sain. Le péricarde contient une grande quantité de sérosité; hypertrophie du ventricule gauche. L'estomac ne présente rien à noter. Trois lombrics dans l'intestin grêle. Le cœcum et le colon, dans toute leur étendue, sont d'un beau blanc, sans rougeur, sans ramollissement, sans ulcération, sans développement des follicules. Le rectum est le siége d'une rougeur pointillée, très serrée; la rate est dans l état naturel, le foie volumineux et gorgé de sang. (Maillot, *ouvrage cité.*)

Fièvre intermittente quotidienne.

No 572. Schwemmer, âgé de vingt-neuf ans, a été quatre fois à l'hôpital d'Alger dans le courant de l'année, pour des récidives de fièvre intermittente. Il y rentra le 18 novembre 1833, le huitième jour d'une fièvre quotidienne. Malgré ses maladies antérieures, cet homme avait de l'embonpoint. Il était dans une apyrexie parfaite, lorsque je le vis dans l'après-midi: il n'y avait ni malaise, ni céphalalgie, ni soif, ni rougeur de la langue, ni amertume de la bouche. Les accès, du reste fort simples et de peu de durée, ne revenaient pas à une heure déterminée; ils apparaissaient tantôt le matin, tantôt dans la soirée. Diète, limonade. 19 matin, continuation d'une apyrexie parfaite. Diète, limonade, seize grains de sulfate de quinine. Accès simple dans l'après-midi. 20, matin. Même état que la veille à la même heure. Même prescription. Accès dans la soirée: cet accès est plus fort que les précédents. 21 matin, céphalalgie, un peu de soif. L'accès s'est terminé par des sueurs abondantes. Diète, limonade, trente sangsues au front, seize grains de sulfate de quinine. Accès dans la matinée, signes d'une légère irritation gastro-intestinale. Trente sangsues à l'épigastre. 22 matin, persistance de la céphalalgie, pouls petit, prostration, découragement, appréhension de la mort. Diète, limonade, vingt-quatre grains de sulfate de quinine, potion éthérée, fomentations froides sur la tête. A neuf heures, frissons, froid, tremblements. Mort à midi sans délire, sans coma, sans réaction.

Ouverture du cadavre vingt heures après la mort.—Congestion générale de la substance du cerveau, qui est dure et ferme. Rien à noter dans les membranes, qu'une injection assez forte des vaisseaux de la pie-mère. Poumons sains, quelques adhérences. Concrétions fibrineuses dans les cavités droites du cœur. Ramollissement, avec teinte d'un gris foncé, de la membrane muqueuse de l'estomac qui s'enlève par le plus léger grattage; rougeur pointillée, disséminée sur une grande partie de sa surface. Les intestins grêles, d'une couleur et d'une fermeté naturelles, sont farcis de petites taches circulaires, blanchâtres, et offrant à leur centre un petit point noir. Les gros intestins présentent la même altération. La rate est ramollie, réduite en une bouillie couleur lie de vin. Le foie est gorgé de sang. (*Id. ibid.*)

Fièvre intermittente tierce.

No 573. Dupont, soldat au 60e, âgé de trente-deux ans, d'une bonne constitution, adonné à la boisson, a eu, en 1831, plusieurs atteintes de fièvre intermittente qui, toutes, ont cédé en peu de jours à un traitement fort simple. Il entra pour la quatrième fois à l'hôpital militaire d'Ajaccio, le 14 janvier 1832, dans l'après-midi, le quatrième jour d'une fièvre tierce. Il était debout et causait avec ses camarades, lorsque je le vis au service du

soir, vers trois heures : il dit qu'il a eu deux accès de fièvre, à un jour d'intervalle ; que ces accès ont été très faibles et n'ont duré que deux ou trois heures. Il n'éprouve aucun malaise une fois qu'ils sont terminés. Il s'est *grisé* le 12 dans l'espérance de *couper* la fièvre : c'est une méthode de traitement fort répandue parmi les militaires. A son arrivée, le pouls et la peau sont dans l'état naturel; il n'y a pas de céphalalgie: la langue étant un peu lancéolée et rouge au pourtour, je pensai que l'origine des accès était une surexcitation légère de l'estomac, et je prescrivis une application de trente sangsues à l'épigastre, dans le but d'enlever les restes de l'irritation gastrique, et de préparer par là l'administration du sulfate de quinine pour le lendemain matin. A onze heures du soir, froid, frissons, tremblements Mort à une heure du matin, sans douleur, sans délire, sans coma, sans convulsions. Les sangsues avaient donné peu de sang.

Ouverture du cadavre sept heures après la mort. — Arachnoïde opaque, lactescente dans toute son étendue: glandes de Pacchioni très multipliées; adhérences à la dure-mère, couche de sérosité gélatiniforme infiltrée dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Substance cérébrale très fortement injectée, ferme; la moelle allongée est d'une consistance tout-à-fait extraordinaire. Substance grise du cervelet très molle. Poumons et cœur dans l'état naturel. L'estomac est énormément distendu par des gaz et des liquides aqueux ; la membrane muqueuse, d'un gris roussâtre, est amollie et épaissie dans toute son étendue. Il en est de même dans le duodénum : le reste de l'intestin ne présente rien à noter. (*Id., ibid.*)

Fièvre quotidienne pernicieuse algide.

N° 574. Houblé, sergent à la légion étrangère, âgé de trente-neuf ans, brun, d'une constitution athlétique, faisant un abus continuel des boissons alcooliques, ayant eu l'année précédente une fièvre intermittente bénigne, entra à l'hôpital de Bone le 31 mai 1834, dans l'après-midi, pendant le deuxième accès d'une fièvre quotidienne. Il offrait les symptômes suivants : peau chaude; pouls accéléré avec un peu de dureté; langue chargée au centre de mucosités blanchâtres, humectée, rouge sur les bords et légèrement lancéolée, ayant absolument l'aspect qu'elle prend dans la fièvre muqueuse; soif vive; céphalalgie sus-orbitaire; crampes extrêmement douloureuses dans les extrémités inférieures. Diète, limonade, saignée du bras de quinze onces, quarante sangsues à l'épigastre. 1er juin à six heures du matin, apyrexie persistance de la céphalalgie et des crampes; langue plate, blanche, humide. Diète, limonade, seize grains de sulfate de quinine à prendre de suite, trente sangsues au front. Malgré cette médication assez énergique, retour de l'accès à l'heure accoutumée : les accidents sont à peu près ce qu'ils étaient la veille. Fomentations froides sur la tête. 2 juin matin, le malade se trouve bien, il n'accuse qu'un peu de faiblesse. Les crampes, beaucoup moins fortes que les jours précédents, se font sentir encore de temps en temps. Voilà ce que le malade raconte, voici ce que j'observe : lenteur extrême du pouls, refroidissement très grand des extrémités, moindre du torse, décoloration des lèvres, pâleur de la langue, plus de soif. A l'ensemble de ces phénomènes, je reconnais que, malgré son état de quiétude, cet homme arrive à l'état que l'on a désigné sous le nom de *fièvre algide*. Diète, vingt-quatre grains de sulfate de quinine, potion éthérée, deux sinapismes aux jambes, deux vésicatoires aux cuisses. Dans l'après-midi, même état. Deux sinapismes aux pieds, deux vésicatoires aux bras, vingt-quatre grains de sulfate de quinine. Vers dix heures du soir, aucun changement; point de réaction ; toujours la même sensation de bien-être ; toujours le même refroidissement général; toujours la même lenteur de la circulation. 3 juin matin,

refroidissement extrême : la peau donne à la main la sensation de froid que produit le contact du marbre ; la langue elle-même est refroidie ; le pouls a disparu ; du reste, le malade se trouve toujours bien ; et, à part cette aberration sur son état, l'intelligence est parfaitement conservée. Diète, limonade, seize grains de sulfate de quinine avec addition d'un gros d'éther, renouvellement des sinapismes aux pieds. Mort à onze heures du matin.

Ouverture du cadavre cinq heures après la mort. — Congestion des vaisseaux de la périphérie de l'encéphale. Plaques d'un rouge vif à la partie supérieure de chaque hémisphère, dues à une fine injection de l'arachnoïde et de la pie-mère. Substance cérébrale présentant à la coupe une rougeur par points très rapprochés. Cervelet mou. Sérosité abondante dans la moelle épinière. Injection de la pie-mère, extrêmement fine et d'un rouge vermeil, surtout à partir de la huitième vertèbre dorsale. Substance médullaire elle-même fortement congestionnée, principalement la substance grise, qui est d'une couleur très foncée. Ramollissement de plusieurs lignes à la fin de la portion cervicale de la moelle : ce ramollissement est blanc, et contraste avec la fermeté que l'on rencontre dans le reste de la moelle. L'injection des membranes et celle de la moelle ne sont pas en rapport ; c'est-à-dire que les membranes sont bien plus injectées inférieurement que supérieurement, tandis qu'une disposition inverse se rencontre dans la substance médullaire elle-même. Poumons sains, crépitants : adhérences anciennes et filiformes de la plèvre gauche. Cœur flasque et décoloré ; sérosité dans le péricarde. L'aorte et les veines caves, ouvertes dans toute leur étendue, sont parfaitement blanches. Ramollissement avec teinte grise de la membrane muqueuse de l'estomac, sans la moindre trace de rougeur, soit striée, soit pointillée, soit par plaques. Tout l'intestin grêle est d'un beau blanc, sans autres altérations que le développement de quelques follicules isolés, et une de ces plaques pointillées, dont l'aspect rappelle celui d'une barbe fraîchement rasée. Rien dans le gros intestin. Rate volumineuse, en bouillie, couleur lie-de-vin. Foie gorgé de sang. (*Id., ibid.*)

Fièvre intermittente quotidienne.

N° 575. Guillet, soldat aux chasseurs à pied, fortement constitué, ayant eu, depuis son séjour en Afrique, plusieurs récidives de fièvres intermittentes, entra à l'hôpital d'Alger le 29 octobre 1832, le quatrième jour d'une fièvre quotidienne. Il arriva dans l'après-midi ; il était dans une anxiété extrême ; il se plaignait d'une douleur atroce qu'il rapportait au côté gauche, et principalement à la base de la poitrine ; il avait de la toux sans expectoration ; la respiration était fort difficile, entrecoupée ; le pouls et la chaleur de la peau n'étaient nullement en rapport avec la douleur et l'anxiété, car il y avait peu de fièvre ; je diagnostiquai une pleurite diaphragmatique. Diète, eau gommée, saignée de dix-huit onces, quarante sangsues sur le point douloureux. 30, matin, persistance de la douleur et de la toux ; il y a eu un accès pendant la nuit, et ce fut alors seulement que le malade nous dit qu'il en avait eu trois avant son entrée à l'hôpital. Diète, eau gommée, saignée du bras, de quinze onces, trente sangsues sur le point douloureux, vingt grains de sulfate de quinine à prendre dans la journée. Dans la soirée, même intensité de la douleur. Six ventouses scarifiées. 31, matin, il n'y a pas eu d'accès pendant la nuit ; la douleur persiste au même degré, elle se fait sentir maintenant tout-à-fait dans l'hypocondre gauche ; il n'y a pas de tension du ventre, mais la pression est très douloureuse. Diète, eau gommée, douze grains de sulfate de quinine, trente sangsues sur le point douloureux. A la visite du soir, mêmes symptômes, même application. Mort à dix heures du soir.

Ouverture du cadavre, dix-huit heures après la mort.—Sérosité roussâtre

dans la plèvre gauche, anciennes adhérences. Poumons sains. Cœur dans l'état naturel. Tous les replis du péritoine et le paquet intestinal sont couverts d'une couche de sang; en essuyant ce sang, les intestins sont d'un beau blanc, ainsi que le péritoine; il n'existe aucune trace d'adhérences, soit anciennes, soit récentes. En soulevant la masse des intestins, on voit plusieurs onces d'un sang noir, poisseux, d'une consistance sirupeuse, dans le petit bassin. La rate, très volumineuse, présente à sa face externe une rupture de trois pouces d'étendue; cette rupture, beaucoup plus longue que large, est recouverte par un énorme caillot fibrineux, très résistant; il ne reste rien de la texture ordinaire de cet organe, qui est réduit en une bouillie couleur de lie de vin. Le foie ne présente rien à noter. La membrane muqueuse de l'estomac, sans ramollissement, d'une teinte grisâtre, offre quelques traces de rougeur pointillée. (*Id., ibid.*)

Fièvre rémittente pernicieuse délirante.

No 576. Leblanc, âgé de vingt-trois ans, d'une bonne constitution, depuis peu de temps en Afrique, entra à l'hôpital d'Alger le 17 novembre 1833, le dixième jour d'une fièvre rémittente avec gastro-broncho-céphalite. Je le vis dans l'après-midi, pendant le paroxysme. Le pouls était plein, dur, fréquent; la peau chaude et sèche; la céphalalgie assez forte; la soif très grande; la langue lancéolée, d'un rouge vif sur les bords, chargée au centre de mucosités jaunâtres; depuis deux jours, quatre à six selles dans les vingt-quatre heures. Il y a un peu de rénitence dans la région iliaque droite; mais la pression ne développe de la douleur dans aucun point de l'abdomen. Toux sèche et revenant fréquemment par quintes; le thorax résonne parfaitement bien, l'air pénètre dans toute l'étendue des poumons; un peu de râle sibilant. Ces symptômes ne conservaient pas toute la journée la même acuité; ils s'amendaient considérablement pendant la nuit, et tous les matins le malade se trouvait beaucoup mieux; mais chaque jour, vers midi, les accidents s'exaspéraient de nouveau. D'abord le retour de ces exaspérations périodiques s'accompagnait de frissons; mais depuis le 14 le paroxysme, bien que manifeste encore, n'avait plus de période de froid. Diète, eau gommeuse, saignée du bras de quinze onces, trente sangsues à l'épigastre. 18, matin, la fièvre a beaucoup diminué; le pouls est encore fréquent, mais il est mou et ondulant; la peau est moite, il y a eu une sueur abondante; la toux seule persiste au même degré; point de selles pendant la nuit. Diète, eau gommée, seize grains de sulfate de quinine, à prendre en deux fois, trente sous les clavicules. Dans l'après-midi, paroxysme annoncé par le retour de la céphalalgie, par l'augmentation de la soif, de la chaleur de la peau, de l'accélération du pouls; la langue s'est de nouveau gastritée; mais tous ces symptômes sont bien moins prononcés que la veille. 19, matin, un peu de sommeil pendant la nuit; rémission des plus marqués, tendance manifeste à l'apyrexie. Diète, eau gommée, huit grains de sulfate de quinine. Recrudescence des symptômes dans l'après-midi; cependant à trois heures le paroxysme ne paraissait pas devoir être plus grave que le précédent; mais les accidents marchent rapidement, et le délire éclate dans la nuit. 20, matin, le malade est assis sur son lit; il s'est habillé, il veut partir, il parle de son pays et du désir qu'il a de le revoir. Le danger était pressant, l'indication simple : il fallait combattre les accidents actuels et prévenir le retour d'un nouveau paroxysme. Diète, eau gommée, trente sangsues aux tempes. A dix heures du matin, délire moindre. Trente sangsues au front, quarante grains de sulfate de quinine, à prendre en quatre fois de demi-heure en demi-heure. A trois heures après-midi, coma des plus profonds, trismus, résolution des membres. Deux vésicatoires aux cuisses, deux sinapismes aux jambes. Mort à minuit et demi.

Ouverture du cadavre, quatre heures après la mort. — Sérosité abondante. A la partie moyenne et supérieure de l'hémisphère gauche, l'arachnoïde offre une plaque d'un rouge foncé de la largeur de la main; toute la pie-mère est vivement injectée. Substance cérébrale fortement congestionnée et ferme; le lobe gauche l'est plus que le droit; sérosité sanguinolente dans les ventricules; plexus choroïdes rouges; vaisseaux des corps striés très volumineux. Poumons crépitants; adhérences légères et anciennes au sommet du poumon droit. Trachée-artère et premières divisions bronchiques rougeâtres. Cœur flasque. La membrane muqueuse de l'estomac, d'un gris foncé, est ramollie dans toute son étendue; elle offre dans plusieurs points, et surtout vers le pylore, une rougeur vermeille, pointillée, et quelques stries, traces évidentes d'un travail inflammatoire récent. L'intestin grêle ne présente rien d'anormal jusqu'à environ deux pieds au-dessus de la valvule iléo-cœcale; là commencent à se montrer des ulcérations, au nombre de vingt-cinq à trente, à bords d'un rouge violacé, sans plaques gaufrées, sans développement des follicules isolés, sans rougeur environnante. Le gros intestin, à l'intérieur, est d'une teinte ardoisée; sur ce fond uniforme tranchent, dans le colon, quelques plaques noires, vestiges d'une colite antérieure, et dans le cœcum une rougeur vermeille pointillée. Rate volumineuse, réduite en bouillie couleur lie de vin. Foie décoloré, ayant peu de consistance. (*Id., ibid.*)

Fièvre rémittente pernicieuse comateuse.

N° 577. Un sergent du 59e, âgé de vingt-huit ans, ayant eu, dix-huit mois auparavant, une gastro-entérite en France, et depuis son arrivée en Afrique deux ou trois atteintes de fièvre intermittente, éprouvait depuis une douzaine de jours une céphalalgie assez vive. Cependant il ne gardait ni le lit ni la chambre, et n'avait pas même déclaré son indisposition aux officiers de santé du corps. Le 21 juillet, la douleur de tête devint atroce dans l'après-midi, et le malade tomba dans le coma le plus profond; il était depuis plusieurs heures dans cet état lorsqu'il fut apporté dans la soirée à l'hôpital de Bone. On fit une saignée de la temporale et une application de quarante sangsues sur le trajet des jugulaires; on mit des vésicatoires aux cuisses et des sinapismes aux jambes et aux bras; on administra le sulfate de quinine et l'éther à haute dose. Le malade sortit un instant du coma, mais il y retomba presque aussi vite. On fit de nouvelles applications de sinapismes et de vésicatoires, on revint au sulfate de quinine associé à l'éther; mais tous ces efforts furent vains: la mort arriva le lendemain à dix heures du matin.

Ouverture du cadavre cinq heures après la mort. — Injection de la pie-mère, substance cérébrale ferme, dense, présentant à la coupe un sablé très fin. — Moelle épinière: Injection fine et vermeille de la pie-mère, injection très prononcée de la substance grise dans l'étendue de deux pouces environ à la région cervicale, et de six ou sept lignes au niveau des dernières vertèbres dorsales. Les poumons sont sains, sans adhérences; le tissu du cœur est mou et décoloré. La membrane muqueuse de l'estomac est épaissie, ramollie, d'un gris ardoisé, sans aucune trace de coloration rougeâtre. Dans l'intestin grêle elle est également ramollie et d'un gris sale; à la partie inférieure on trouve les vestiges de plusieurs plaques gaufrées presque entièrement effacées. Le gros intestin ne présente aucune altération. La rate est tuméfiée et ramollie au plus haut degré, couleur lie de vin. Le foie se déchire avec beaucoup de facilité. (*Id., ibid.*)

Fièvre rémittente pseudo-continue avec gastro-colite.

N° 578. Clavel, soldat au 59e, âgé de vingt-trois ans, d'une bonne constitution, n'ayant pas été malade depuis deux ans qu'il est au régiment, d'une

conduite très régulière, entra à l'hôpital de Bone le 15 décembre 1834, au deuxième jour d'une gastro-colite à symptômes peu intenses; soif assez vive, enduit légèrement visqueux sur la langue, qui est acérée et rouge sur les bords; peau chaude; pouls accéléré, sans dureté ni plénitude; huit à douze selles dans les vingt-quatre heures. Diète, eau gommeuse, potion gommeuse, trente sangsues à l'épigastre, un quart de lavement amylacé avec addition de soixante gouttes de laudanum. 16, matin, apyrexie, plus de soif, langue plate et humide, rosée; une seule selle pendant la nuit. Diète, eau gommeuse, potion gommeuse. A dix heures, invasion d'un accès qui débute par un froid très grand et s'accompagne de beaucoup d'anxiété; point de selles, point de vomissements, point de coma, point de délire. Mort à trois heures après midi.

Ouverture du cadavre, dix-huit heures après la mort. — Les membranes du cerveau sont presque dans leur totalité d'un rouge foncé. Toute la masse cérébrale est excessivement injectée; lorsqu'on coupe le cerveau et que l'on comprime la partie divisée, le sang en sort comme en nappe. La substance grise est si fortement congestionnée qu'elle en a acquis une teinte brune tirant sur le noir. Sérosité sanguinolente dans les ventricules. Les membranes de la moelle épinière sont aussi vivement injectées que celles de l'encéphale. Il en est de même de la substance grise. La fermeté de la moelle est très prononcée dans toute son étendue, excepté à la hauteur des dernières vertèbres dorsales, où il existe un ramollissement blanc de six lignes environ. Les organes de la poitrine sont parfaitement sains; il n'y a pas même d'adhérences dans les plèvres. Ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac avec une teinte générale d'un rouge brun. La même altération s'observe, mais à un degré moindre, dans toute la longueur de l'intestin grêle. Les follicules isolés sont tuméfiés; il existe aussi des vestiges d'anciennes plaques gaufrées. Rougeur pointillée peu serrée dans le gros intestin. Rate beaucoup plus volumineuse que de coutume, réduite en une bouillie dont l'aspect rappelle celui d'une pâte de chocolat à l'eau; la membrane fibreuse est sèche, se détache facilement, et résonne comme une feuille de parchemin. Le foie est dans l'état naturel. (*Id., ibid.*)

Fièvre rémittente pernicieuse algide.

N° 579. Roux, soldat au 59e, âgé de vingt-deux ans, d'une forte constitution, n'ayant pas encore été malade en Afrique, entra à l'hôpital de Bone, le 21 juin 1834, le sixième jour d'une gastro-céphalite contractée au camp. A son arrivée, vers deux heures après midi, il offrait les symptômes suivants : peau chaude, sèche, brûlante; pouls dur, fort; céphalalgie atroce, tendance au délire, soif ardente, langue acérée, rouge sur les bords et à la pointe, muqueuse au centre; fréquentes envies de vomir, épigastre douloureux. Depuis l'invasion de la maladie, il n'y a eu aucune rémittence appréciable. Diète, limonade, saignée du bras de dix-huit onces, cinquante sangsues à l'épigastre. 22 matin, la céphalalgie a presque entièrement cédé, mais les signes de la gastro-entérite, ainsi que la fièvre, persistent à peu près au même degré. Diète, limonade, quarante sangsues à l'épigastre. Retour de la céphalalgie dans la journée, exaspération de la gastro-entérite; crampes très douloureuses dans les mollets. Cataplasme à l'épigastre, fomentations froides sur la tête, un quart de lavement amylacé avec cinquante grains de sulfate de quinine. 23 matin, rémission générale des symptômes, excepté dans la violence des crampes qui arrachent des cris au malade; plus de céphalalgie, peu de soif. Diète, limonade, seize grains de sulfate de quinine en potion. Dans l'après-midi, réapparition de tous les accidents avec une violence égale à celle des jours précédents. Saignée du bras de quinze onces, quarante sangsues à l'épigastre, seize grains de sulfate de quinine, à prendre pendant

la nuit. 24 matin, crampes moins douloureuses; langue plate, humide, chargée de mucosités jaunâtres; peau froide, pouls petit, presque imperceptible; facultés intellectuelles intactes, plus de soif. Cet état était pour moi un paroxysme algide; le danger était imminent, j'espérais cependant sauver le malade si, par une médication active, je parvenais, après avoir maîtrisé les symptômes actuels, à prévenir l'invasion d'un nouveau paroxysme. Diète, limonade, quarante grains de sulfate de quinine en potion, à prendre dans la matinée; deux sinipismes aux jambes et aux bras; deux vésicatoires aux cisses. Mort à neuf heures du matin.

Ouverture du cadavre vingt-deux heures après la mort. — L'arachnoïde et la pie-mère offrent des plaques d'un rouge vif très étendues. La substance cérébrale, ferme et résistante, est généralement injectée; la substance blanche l'est plus que la grise. — Moelle épinière. Injection excessivement fine et vermeille de l'arachnoïde et de la pie-mère. La substance médullaire elle-même est au contraire fort peu injectée. Cœur dans l'état naturel. Poumons parfaitement sains; adhérences légères et anciennes de la plèvre gauche. Ramollissement général de la membrane muqueuse de l'estomac, qui est d'un gris roussâtre; dans plusieurs points, une rougeur pointillée très serrée; veines dilatées et variqueuses. Ce sont là les traces d'une surexcitation aiguë entée sur une chronique. L'intestin est sain dans sa partie supérieure; inférieurement, dans l'étendue de trois pieds environ, la membrane muqueuse est ramollie, avec tuméfaction des follicules isolés, et sans rougeur, soit striée, soit pointillée. Dans la même portion du tube intestinal, on rencontre une douzaine de taches formées par un pointillé noir, et qui sont sans doute les vestiges d'anciennes plaques gaufrées, liées à une dothinentérie antérieure. Rate volumineuse, ramollie, d'une couleur de pâte de chocolat à l'eau. Le foie est congestionné; incisé par tranches, il laisse suinter une grande quantité de sang. (*Id. ibid.*)

Fièvre intermittente quarte, et puis rémittente quotidienne.

N° 580. Un enfant, âgé de cinq ans, d'une faible constitution et d'un tempérament lymphatique, me fut présenté dans les premiers jours de décembre 1834. Il était né d'une mère scrofuleuse, et lui-même avait eu à l'âge de trois ans plusieurs tumeurs de même nature, que j'avais traitées avec le même succès par les préparations d'iode. Cet enfant, élevé chez des parents pauvres, dans une habitation où régnait continuellement la malpropreté et voisine d'un assez vaste marais, fut pris à l'âge de quatre ans d'une fièvre quarte avec engorgement de la rate. Cette fièvre dura huit mois avec des alternatives de diarrhée et de constipation. Cinq à six mois après, il fut de nouveau affecté de diarrhée et de fièvre continue, présentant plusieurs paroxysmes, soit le jour, soit la nuit; une toux légère d'abord, puis très opiniâtre, se manifesta; il rendit des vers à plusieurs reprises. Tels furent les signes commémoratifs que je recueillis sur ce petit malade, qui était alité depuis trois semaines quand je le visitai pour la première fois. Le 4. Face pâle et décolorée, yeux abattus, maigreur très prononcée, langue rouge à sa pointe et sur ses bords, et recouverte d'un enduit blanc très épais. La bouche, les lèvres, sont le siége d'une multitude d'aphthes peu étendues en profondeur. Ventre tendu, ballonné, douloureux à la pression, surtout à l'épigastre, diarrhée muqueuse et abondante; la rate a acquis un volume double de celui qu'elle a ordinairement; pouls petit, accéléré, donnant cent trente pulsations par minute. La peau est sèche et plus chaude que dans l'état naturel; toux fréquente, accompagnée d'une expectoration muqueuse et abondante; soif vive, réponses faciles. Six sangsues à l'épigastre, tisane gommeuse, édulcorée avec le sirop de Briant, looch blanc, cataplasmes émollients sur le ventre, deux demi-la-

vements d'eau de riz, diète. Le 5. Mêmes symptômes que ceux de la veille. Le malade a eu trois paroxysmes soit le jour, soit la nuit. Le même traitement est continué jusqu'au 10, époque à laquelle le malade est beaucoup plus mal ; le ventre est météorisé, tendu et sensible à la pression, la face est très pâle, les pommettes sont saillantes, les yeux enfoncés dans leurs orbites, le pouls est serré, la diarrhée fréquente (sept à huit selles de matières purulentes dans les vingt-quatre heures), les aphthes de la bouche sont profondes, la toux fatigue beaucoup ce malade, sa voix est presque éteinte, la langue est sèche et commence à devenir fuligineuse, les extrémités inférieures se refroidissent, la déglutition est difficile. Tisane et potion gommeuses, sinapismes aux mollets. Le 11. Prostration profonde, le refroidissement a gagné les extrémités supérieures, nulle connaissance, sueur froide visqueuse, râle des agonisants, mort six heures après ma visite.

Autopsie trente heures après. — L'encéphale ne présente rien de remarquable, si ce n'est que ses ventricules moyens contiennent une cuillerée et demie de sérosité. La muqueuse bronchique est épaissie, très rouge en général ; dans quelques endroits elle est d'une couleur grise ardoisée. Le poumon gauche présente un peu d'engouement à sa base. La plèvre ne contient pas d'épanchement, le cœur est à l'état normal. La membrane muqueuse qui tapisse l'estomac et le duodénum est recouverte d'un enduit muqueux épais ; elle offre des rougeurs nombreuses principalement dans le duodénum. Huit plaques de Peyer offrent quatre lignes à peu près d'élévation ; elles sont rouges et gonflées, plusieurs sont ulcérées, cinq lombrics se trouvent dans les intestins grêles. Lors de l'incision du colon transverse et du colon ascendant, il s'écoule une assez grande quantité de liquide principalement formé de pus. La membrane muqueuse est amincie dans plusieurs endroits, très rouge, noirâtre ou même grisâtre; elle est le siége de quatre ulcérations et de deux perforations. Cinq à six ganglions mésentériques sont tuméfiés et rouges. Le foie ne présente pas d'altération, la rate est très volumineuse et adhère au diaphragme ; elle est noirâtre, mollasse; sa capsule est épaissie. (Blondin, *Nouvelle pyrétographie*, 1838.)

Fièvre rémittente gastrique.

No 581. Un homme âgé de vingt-huit ans, d'un tempérament sanguin, cultivateur, se trouvant sous l'influence de l'épidémie régnante, et habitant une demeure très malsaine, voisine, et pour mieux dire entourée de marais, ressentit pendant quatre à cinq jours des lassitudes, un malaise général, des douleurs contusives dans les membres inférieurs, des dégoûts, un peu de diarrhée, quelques coliques et de la céphalalgie. Le 19 mars, il est pris de fièvre et obligé de garder le lit. Huit à dix jours se passent sans que les secours soient réclamés, et pendant ce laps de temps la maladie fait des progrès rapides. Le 28, je le vis pour la première fois; il me présenta les symtômes suivants : décubitus dorsal, peau chaude et sèche, pouls accéléré, donnant cent deux pulsations par minute; face pâle, amaigrissement prononcé, prostration, grande diminution des forces, yeux fixes, pupilles larges, réponses brèves, délire taciturne, haleine fétide, langue sèche, fendillée, fuligineuse; deux ou trois selles liquides, noirâtres, fétides, dans les vingt-quatre heures; douleurs à l'épigastre et à la région iléo-cœcale; ventre tendu dans ces deux régions, souple ailleurs; rate volumineuse ; bronchite; l'auscultation fait reconnaître du râle sibilant en haut et en arrière du poumon droit : de nombreuses pétéchies couvrent le ventre, la poitrine, le cou et la face interne des cuisses. Saignée de trois palettes, douze sangsues à l'épigastre, looch blanc, tisane gommeuse, lavements émollients, fomentations adoucissantes sur l'abdomen, sinapismes aux extrémités inférieures.

Le 27, la prostration est plus prononcée, un peu d'assoupissement, réponses lentes mais assez nettes; les symptômes gastriques sont les mêmes; le pouls donne cent dix pulsations; le sang tiré la veille offre un caillot qui ne peut supporter son propre poids Douze sangsues autour de l'ombilic, tisane et potions chlorurées, deux demi-lavements d'amidon. Cette médication, continuée jusqu'au 31, parut apporter de l'amélioration dans la position du malade; mais dans la nuit du 31 au 1er, il eut un paroxysme fébrile beaucoup plus intense que les précédents, des symptômes nerveux alarmants se manifestèrent: délire, agitation générale, soubresauts de tendons, tremblement partiel des mains, carphologie; la diarrhée devient plus abondante, le ventre se météorise. Sinapismes animés aux membres inférieurs, lavements narcotiques, tisane chlorurée, cataplasmes sur le ventre arrosés de chlorure de soude. Le 2, le hoquet vint se joindre aux autres symptômes : le malade succomba quelques heures après ma visite.

Autopsie trente heures après la mort. — Les vaisseaux des méninges sont injectés, boursouflement de ces membranes, pas d'autres altérations. Le sang contenu dans le système veineux en général est très fluide. La membrane qui tapisse les bronches est rouge dans beaucoup d'endroits, grisâtre dans quelques autres; elle offre un assez bon nombre d'ulcérations. Il existe une adhérence à la plèvre gauche, signe d'une ancienne pleurésie. L'estomac offre une arborisation pointillée vers son grand cul-de-sac; la membrane muqueuse est ramollie dans son quart inférieur; la membrane muqueuse qui tapisse les intestins grêles offre des taches brunâtres ou grisâtres; sept plaques de Peyer sont altérées, elles sont gonflées, rougeâtres, plusieurs contiennent du pus. Le colon offre plusieurs taches brunes et une perforation qui a donné lieu à un épanchement dans la cavité abdominale; un assez bon nombre de glandes mésentériques sont rouges, mollasses, diffluentes quand on les presse. La rate est plus volumineuse qu'à l'état normal, son tissu est mollasse et couleur lie de vin. (*Id., ibid.*)

Fièvre rémittente gastrique, type bi-quotidien.

N° 582. Un homme d'un tempérament bilieux, âgé de quarante-huit ans, n'ayant d'autres occupations que de cultiver une petite propriété, éprouve, dans les premiers jours d'août, une lassitude générale, un peu de céphalalgie, des dégoûts pour toute espèce d'aliments, des nausées, des envies de vomir, quelques coliques, de la diarrhée. Le quatrième jour, la fièvre s'empare du malade; elle a débuté par un frisson d'une heure et demie de durée. Trois jours s'écoulent encore pendant lesquels la fièvre a régulièrement deux paroxysmes, l'un à l'approche de la nuit, l'autre vers deux heures du matin; le second paroxysme est moins intense que le premier, chaque jour aussi la rémission s'est faite vers les six heures du matin, et a toujours été accompagnée d'une sueur peu abondante à la poitrine et à la tête. Je fus appelé le 10 août près de cet homme, auprès duquel je trouvai un confrère. Le pouls était dur, plein, donnant quatre-vingt-onze pulsations par minute; peau brûlante, chaleur âcre au toucher; langue sèche, recouverte d'un enduit jaunâtre fort épais, rouge à ses bords et surtout à sa pointe; douleurs dans les lombes, vomissements assez fréquents de matières bilieuses, déjections par le bas de matières analogues, sept à huit selles dans les vingt-quatre heures, régions épigastrique et iléo-cœcale légèrement tendues et douloureuses à la pression, céphalalgie frontale, urines safranées et peu abondantes, soif ardente, désir des boissons froides. Le collègue avec lequel je me trouvais en consultation ne voulut voir dans le groupe de symptômes que je viens de signaler qu'un embarras gastro-intestinal. Aussi je prévis que nous ne serions pas d'accord sur le traitement. Interrogé le premier par le malade pour lui indiquer le

traitement qu'il devait subir, prié par mon confrère d'ouvrir le premier mon avis, je répondis qu'il fallait appliquer vingt-cinq sangsues à l'épigastre, donner des demi-lavements émollients, appliquer des fomentations adoucissantes sur le ventre; j'ajoutai qu'il fallait plonger le malade dans un bain entier, lui prescrire de la limonade pour boisson, et la diète, et continuer l'usage de ces moyens aussi long-temps qu'il le faudrait pendant le cours de la maladie. Malheureusement ce traitement ne fut pas du goût de mon collègue. Partisan prononcé de la vieille doctrine, et par conséquent des évacuants, il prétendit que les moyens que je venais de prescrire pouvaient guérir le malade, à dire vrai, mais après un temps fort long, et que l'on pourrait faire avorter la maladie par les évacuants. Je réfutai promptement un pareil raisonnement; mais le malade, flatté de l'espoir d'une prompte guérison, et ayant du reste en horreur les émissions sanguines, préféra les évacuants. Je me retirai en souhaitant prompte guérison au malade. Mon confrère, comme il me le dit le lendemain, lui administra deux grains et demi d'émétique, persuadé d'avance que la maladie allait avorter sous l'influence de ce médicament. Mais combien il fut trompé dans son attente, quand il vit les vomissements et les selles aller toujours en augmentant, au point que le malade présenta trois heures après tous les symptômes du choléra sporadique! Je fus appelé de nouveau le lendemain, mais en arrivant près du malade, il me fut aisé de reconnaître que nulle médication ne pouvait le guérir. Le pouls était très concentré, la face grippée, cadavéreuse; les yeux paraissaient enfoncés dans les orbites; tout le corps était couvert d'une sueur froide, visqueuse; l'abdomen était météorisé et tellement douloureux à l'épigastre, que la plus légère pression ne pouvait y être supportée. Les vomissements et les déjections n'avaient pu être arrêtés depuis la veille. Les matières rendues étaient noirâtres, sanguinolentes; les membres se rétractaient avec force; il y avait de véritables crampes aux mollets. Le malade poussait des cris plaintifs; enfin il éprouva une secousse générale convulsive, qui mit fin à cette scène affligeante. Puisse ce terrible exemple servir de leçon aux médecins partisans des vieilles doctrines, et qui ne voient de salut pour leurs malades que dans les évacuants, ainsi qu'à ceux qui montrent trop de condescendance envers des confrères obstinés!

Ayant obtenu, non sans beaucoup de peine, des parents de C*** d'en faire l'autopsie, j'y procédai trente heures après la mort. Roideur cadavérique très prononcée. Les méninges ne présentent rien de particulier; les deux ventricules latéraux du cerveau contiennent à peu près deux onces de sérosité. Rien d'anormal dans l'organe pulmonaire; le cœur est plus volumineux que de coutume. La membrane muqueuse de l'estomac présente un grand nombre de rougeurs violacées. La plus grande de ces rougeurs n'a pas plus de deux lignes et demie à trois lignes de diamètre. Il existe autour du pylore une rougeur circulaire très prononcée. Le duodénum contient cinq onces à peu près de matières liquides, couleur lie de vin. La membrane muqueuse qui le tapisse est le siége de huit à dix rougeurs, dont deux sont noirâtres. L'iléum et le jéjunum offrent aussi des rougeurs disséminées; une arborisation pointillée se remarque sur l'iléum. Plusieurs glandes de Peyer sont tuméfiées et rouges. La vessie est légèrement rapetissée; elle contient peu d'urine. (*Id., ibid.*)

ARTICLE II.

DE LA NATURE DES LÉSIONS ORGANIQUES, ET CONCLUSIONS QUI EN SONT LA SUITE.

De tous ces faits que nous venons de rapporter ou de citer, et dont, avec quelque érudition, il nous eût été sans doute facile de multiplier le nombre, nous ne voulons point conclure que l'anatomie pathologique indique toujours le siége des fièvres intermittentes, et découvre constamment des lésions organiques auxquelles on puisse rapporter les divers groupes de symptômes qui constituent ces fièvres; mais nous croyons ne point forcer notre conclusion à cet égard en la rapprochant de celle adoptée pour les fièvres continues par deux professeurs distingués de l'école de Paris : l'un, M. Chomel, dans un mémoire (1) où il plaide la cause de l'essentialité des fièvres, dit que *le plus grand nombre, les trois quarts au moins* de ceux qui succombent aux fièvres graves, présentent des altérations plus ou moins remarquables dans les organes digestifs. L'autre, M. Andral, s'exprime ainsi à cet égard : *Dans les pyrexies qui constituent les divers groupes morbides, désignés sous le nom de fièvres essentielles, on trouve très fréquemment, quatre-vingt-dix-huit fois sur cent environ, des lésions dans le tube digestif* (2). Or, indépendamment des faits nombreux, anciens et modernes, que nous avons rapportés, et qui tous prouvent qu'on a trouvé également des lésions dans le canal digestif et ses annexes à la suite des fièvres rémittentes et intermittentes, nous sommes d'autant plus autorisé à tirer les conclusions dont il s'agit à l'égard de ces dernières fièvres, que les professeurs Chomel et Andral conviennent eux-mêmes avec leurs illustres dévanciers Hallé et Pinel, qu'entre les fièvres d'accès et les fièvres continues il n'y a de différence que dans le type; c'est du moins ce que tendent à établir plusieurs passages du *Traité des fièvres* et de la *Clinique médicale*.

Des deux conclusions relatives aux fièvres continues dont nous venons de parler, nous ferons choix, pour l'appliquer aux fièvres intermittentes, de celle qui est la moins favorable à la doctrine physiologique, c'est-à-dire qu'au lieu de quatre-vingt-dix-huit fois sur cent nous nous contenterons de conclure que, chez les

(1) *Nouveau journal de médecine*, t. VII.
(2) *Clinique médicale, affections abdominales*, t. III.

trois quarts au moins des sujets morts de fièvres rémittentes et intermittentes, on trouve dans l'estomac et les intestins, particulièrement dans l'iléon, des lésions organiques assez considérables pour développer secondairement tous les phénomènes généraux et sympathiques qui caractérisent les fièvres dont il s'agit ; phénomènes généraux dont on ne savait que faire, dont on ne pouvait deviner la source, pour le développement desquels on faisait intervenir, comme nous l'avons vu, l'influence d'un principe ou d'une matière morbifique, d'un fluide nerveux, d'une viciation d'humeurs, d'un combat de la nature avec tous ces prétendus agents occultes, surnaturels ou imaginaires. Or, nous le demandons à tout médecin instruit et de bonne foi, aujourd'hui qu'on rejette l'intervention supposée dont nous venons de parler, aujourd'hui qu'on met de côté les systèmes et les théories fantastiques d'où l'on faisait dériver l'*essentialité* de la fièvre intermittente, pourrait-on encore conserver cette hypothèse de l'*essentialité* ou de la *spécialité morbide, sans se rendre compte de rien?* Ou bien convient-il de profiter des faits nombreux et matériels qui établissent l'existence presque constante des lésions organiques chez ceux qui succombent à la fièvre dont il s'agit, pour établir que ces lésions sont la source des souffrances, le mobile des mouvements désordonnés, et de tous les phénomènes morbides qui constituent les fièvres rémittentes et intermittentes? Convient-il, en un mot, de considérer ces lésions organiques comme la cause primitive et principale de ces prétendues fièvres esentielles? Il nous paraît, d'après ce que nous avons déjà dit, qu'on ne peut hésiter à résoudre cette question par l'affirmative ; cependant nous allons entrer dans quelques détails propres à élucider une question qui est peut-être la plus importante qu'il soit possible d'agiter en médecine, et dont la solution intéresse le plus et les progrès de l'art et le bien de l'humanité. C'est dans cette solution, c'est devant un si grand intérêt, que les préjugés doivent se taire, que l'amour-propre doit fléchir.

Avant d'aborder la question dont il s'agit, il importe d'examiner dans quel état elle se trouve et de bien la poser. On convient que, chez les individus morts de fièvres continues graves, l'autopsie fait voir le plus souvent (quatre-vingt-dix-huit fois sur cent) des lésions organiques assez remarquables dans le canal digestif, on ne peut douter que cette vérité ne soit applicable aux fièvres rémittentes et intermittentes, puisqu'on convient que

celles-ci, à l'intermittence près, ne diffèrent que peu ou point des fièvres continues. Il est donc établi, soit par le résultat des autopsies faites à la suite des fièvres continues, en vertu de la similitude et de l'identité que nous avons prouvée entre ces fièvres et les intermittentes, soit par les faits nombreux d'anatomie pathologique que nous avons rapportés, il est établi et prouvé incontestablement qu'on trouve presque toujours, sur les individus qui succombent aux fièvres d'accès, des lésions remarquables dans le canal digestif et ses annexes. Ces lésions sont une rougeur inflammatoire superficielle ou profonde, plus ou moins étendue, avec ou sans gonflement de la membrane muqueuse; tantôt des taches rouges, livides, noirâtres, disséminées çà et là sur cette membrane; tantôt des inégalités, de simples élevures ou des boutons isolés, de formes et de couleurs variées, résultat de la subinflammation ou du développement anormal des follicules muqueux; tantôt des plaques ovoïdes, d'un blanc jaunâtre, gaufrées ou fongueuses, formées par l'agglomération et l'altération diverses de ces follicules; tantôt des escarres gangréneuses, ou seulement des excoriations et des ulcères de la membrane muqueuse; tantôt des rugosités très marquées avec resserrement du tube digestif. Quant aux annexes de ce canal, ce sont des engorgements avec induration ou ramollissement de tissu, et une couleur variée du foie, de la rate, du mésentère, spécialement dans les parties de ce dernier organe qui correspondent aux portions affectées de l'intestin grêle; là presque toujours on rencontre des glandes engorgées, rouges, ou d'un blanc grisâtre, dures ou molles, simplement engorgées ou squirrheuses et tuberculeuses. Il s'en faut bien qu'on rencontre à la fois toutes ces lésions organiques; mais il n'est pas rare qu'on en trouve plusieurs, et le moins deux ou trois sur le même individu. Quand les organes annexés au canal digestif sont altérés, on voit assez ordinairement une lésion plus ou moins marquée sur la portion de ce canal qui leur correspond; cette lésion s'observe dans la petite courbure de l'estomac pour les lésions très considérables de la rate, dans le duodénum pour les engorgements du foie, et dans l'extrémité inférieure des intestins grêles pour les altérations les plus fréquentes et les plus remarquables du mésentère.

Sans doute les lésions dont nous venons de parler ne sont pas les seules; il est sûr qu'à l'autopsie des mêmes individus qui

succombent à la suite des fièvres d'accès, il n'est pas rare de trouver des lésions plus ou moins sensibles dans les autres principaux viscères en qui résident les rouages les plus compliqués, les plus délicats de l'organisme, et qui, étant les premiers dépositaires de la vie, ne peuvent manquer de souffrir idiopathiquement ou sympathiquement, quand celle-ci est menacée, de quelque part que viennent les premiers désordres organiques dont la persistance et les suites conduisent les malades au tombeau. Nous devons être d'autant moins surpris de trouver parfois des lésions dans les organes cardiaques, pulmonaires, et surtout cérébraux, que la mort ne peut survenir sans qu'ils ne souffrent, sans que leurs fonctions ne soient troublées ou perverties pendant un certain temps, surtout pendant les vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures d'angoisses et d'agonie qui précèdent ordinairement l'extinction de la vie. On peut même croire qu'on n'ouvrirait pas de cadavres sans trouver quelques lésions dans les poumons, surtout dans le cerveau et ses dépendances, si on les ouvrait aussitôt que la vie vient de les abandonner ; car il est à présumer que les traces d'une irritation momentanée, d'une congestion légère, disparaissent presque toujours pendant le laps de temps qu'on laisse écouler avant l'ouverture des cadavres. Dans les cas cependant où les souffrances des viscères dont il s'agit, surtout des organes cérébro-rachidiens, ont été très vives et prolongées quelque temps avant la mort, comme dans plusieurs fièvres intermittentes pernicieuses, comateuses, convulsives, délirantes, etc., dans lesquelles ces derniers et graves phénomènes se sont fait remarquer pendant quelques jours ou durant plusieurs accès, soit redoublements fébriles, alors il n'est pas surprenant qu'il en reste des traces assez évidentes, parce que l'irritation des organes cérébraux, d'abord symptomatique ou provenant de l'influence sympathique exercée par la muqueuse digestive primitivement et gravement malade, ne tarde pas, suivant la disposition des individus, à devenir idiopathique, c'est-à-dire que le cerveau et ses membranes finissent par être congestionnés d'une manière si violente qu'il en résulte diverses nuances de phlegmasie dont les traces ne peuvent plus s'effacer. C'est surtout ce qui a lieu dans les pays où l'influence de la chaleur se fait sentir d'une manière très vive, comme en Sardaigne, dans les Etats romains, napolitains, etc., où les gastro-entérites périodiques ne tardent point à être compliquées de phénomènes

pernicieux ou cérébraux tellement prononcés et si soutenus qu'il est impossible qu'on ne trouve pas bien souvent, comme l'a observé M. Bailly à Rome, des traces évidentes de congestion dans les organes encéphaliques. Mais alors presque toujours, comme le prouvent les faits recueillis par ce zélé observateur à l'hôpital du Saint-Esprit de Rome, presque toujours l'autopsie lui a fait voir non seulement des congestions sanguines et des phlegmasies aiguës dans le cerveau et ses membranes, mais encore des traces bien évidentes et très étendues d'une gastro-entérite toujours plus intense et plus ancienne que celle des lésions précédentes. Presque toujours à des injections vives de l'estomac ou de quelques portions du canal digestif se joignent un fond gris ou ardoisé, des indurations ou des ramollissements, des granulations, des éruptions furonculeuses, des plaques de diverses formes et de différentes couleurs, lésions qui toutes indiquent un certain degré de chronicité de l'irritation inflammatoire, qui dans plusieurs cas même a passé à l'état subinflammatoire, ou s'est communiqué au système blanc lymphatico-glanduleux, etc.

Nous sommes conduit à faire les mêmes réflexions et les mêmes remarques à l'égard de la plupart des faits recueillis à Alger par M. Maillot. En effet, du vivant des malades nous ne voyons d'abord que les symptômes d'une fièvre intermittente ordinaire qui, après avoir duré ou s'être répétés un certain nombre de fois sous forme d'accès fébriles légers ou bénins, se compliquent tout-à-coup de phénomènes nerveux on cérébraux. Dans le principe, on n'observe chez les malades qu'une simple céphalalgie, c'est-à-dire qu'une souffrance d'abord symptomatique des organes encéphaliques par suite des influences sympathiques de la muqueuse digestive primitivement affectée ; plus tard, à la céphalalgie se joint l'état comateux, convulsif ou délirant, qui indique une inflammation sympathique plus grave et une congestion plus prononcée, laquelle ne peut se répéter plusieurs fois, et avec une certaine violence, sans que les ressorts de la vie, si délicats dans ces organes, ne soient brisés par suite d'une lésion devenue idiopathique et assez intense pour occasionner la paralysie des principales fonctions de l'organisme. En effet, la plupart des observations que nous avons rapportées, principalement celles de MM. Bailly et Maillot, prouvent évidemment que la mort est survenue par suite de l'exacerbation d'une gastro-entérite ordinairement chronique et toujours primitive, dont l'influence sympa-

thique sur les organes cérébro-rachidiens est devenue tout-à-coup assez prononcée pour provoquer les phénomènes généraux ou nerveux les plus graves, et causer plus ou moins rapidement la mort des malades. L'exacerbation dont il s'agit n'est-elle pas démontrée sur les cadavres par ces injections pointillées et récentes, par ces inflammations aiguës entées sur des fonds chroniquement affectés de la muqueuse digestive, et dont il est facile de concevoir les influences funestes, surtout jointe à la chaleur brûlante du climat, aux imprudences des malades, quelquefois même à un traitement hasardeux ou peu méthodique?

Ce que nous disons des organes encéphaliques, nous l'appliquerons à plus forte raison aux viscères qui sont liés ou qui dépendent plus ou moins directement de la muqueuse digestive, comme le foie, la rate, le mésentère, etc. Si nous avons vu quelques cas de fièvres rémittentes et intermittentes dans lesquels ces derniers organes sont primitivement et seuls ou principalement affectés; ces faits sont en si petit nombre qu'ils peuvent passer pour des exceptions auprès de la très grande majorité des cas dans lesquels on ne peut douter que la lésion primitive n'ait lieu sur le canal digestif où elle éprouve des exacerbations périodiques qui provoquent tous les phénomènes généraux et sympathiques qui constituent les accès fébriles, lesquels par leur répétition et leur intensité provoquent ensuite assez souvent l'engorgement inflammatoire ou les obstructions du foie, de la rate, etc., comme nous l'avons déjà dit et prouvé précédemment.

Maintenant il s'agit de savoir si les lésions organiques que nous avons énumérées, particulièrement celles du tube digestif qu'on observe le plus ordinairement, et qui ont presque toujours l'initiative, il s'agit de savoir, disons-nous, si ces lésions ont été la cause du groupe de symptômes auquel on reconnaît la fièvre intermittente, ou si c'est au contraire cette fièvre dite *essentielle* qui a produit ces lésions, comme le soutiennent nos adversaires ou les partisans de la *spécialité morbide*, de l'*essentialité* ou de la *névrosité* des fièvres. La question que nous avons d'abord à résoudre se réduit donc à celle-ci : Les lésions organiques qu'on trouve après la mort sur les individus qui ont succombé à la fièvre intermittente, ont-elles été cause ou effet de cette fièvre? On avoue déjà que les lésions trouvées sur les sujets morts de fièvre continue *ont une liaison avec cette fièvre* (1). Chacun con-

(1) Chomel, *Mémoire cité*.

viendra qu'on ne s'avance pas trop, qu'on ne risque pas de se compromettre par un tel aveu ; car si ces lésions n'avaient pas de *liaison* avec la prétendue *fièvre essentielle qui a tué les malades*, on ne sait pas trop ce qu'on pourrait en faire, vu qu'elles ne seraient alors ni cause, ni effet; il est vrai qu'elles auraient pu être *innées* comme les tubercules! mais enfin on convient qu'il y a une *liaison* entre la fièvre essentielle et les lésions organiques dont il s'agit. Quelle est donc cette liaison, ou, en d'autres termes, quel rôle jouent ces lésions? sont-elles cause ou effet? Voilà la question. Nous pensons que les lésions organiques trouvées chez les sujets morts de fièvre intermittente, sont la cause et non l'effet de cette fièvre pour plusieurs raisons : 1° parce qu'on a vu quelques unes de ces lésions se manifester d'abord seules et sans fièvre, par conséquent préexister au développement de celle-ci, qui n'est survenue qu'au moment où une irritation aiguë ou inflammatoire s'est trouvée en quelque sorte entée sur une affection chronique, dont le mode de souffrance, d'abord lent et obtus, ne provoquait que peu ou point d'influences sympathiques sur les autres viscères ; on en voit des exemples fréquents dans les faits que nous avons rapportés. Dans les observations, par exemple, que nous avons empruntées à MM. Petit et Serres, sous les n°s 429 et 430, ces praticiens reconnaissent que la lésion du canal digestif est antérieure à la fièvre rémittente entéro-mésentérique ; ce n'est donc pas celle-ci qui a déterminé celle-là, à moins que l'effet n'ait précédé sa cause, ce que personne ne peut admettre.

2° Parce qu'il résulte de l'analyse que nous avons faite de l'opinion de la plupart des auteurs, que ce sont des matières âcres, putrides, bilieuses, pituiteuses, etc., qui irritent, altèrent les premières voies, qui engorgent le foie, obstruent la rate, et qui produisent toutes les lésions organiques qu'on rencontre chez ceux qui meurent de fièvres intermittentes. Or, si ces lésions sont causées par des matières âcres et irritantes, ce n'est donc pas la fièvre qui les produit, ou au moins la fièvre n'en est point la cause prochaine. Voyons maintenant si la fièvre intermittente peut être la cause éloignée des lésions dont il s'agit, et si c'est elle qui, comme le prétendent plusieurs médecins, fait affluer en plus grande quantité la bile ou d'autres fluides sur la muqueuse digestive, si c'est elle qui rend *âcres*, *putrides*, *irritantes*, les matières ou les humeurs contenues dans les premières voies, et si

ce sont ces humeurs qui par leurs qualités vicieuses déterminent toutes les lésions organiques dont nous avons parlé. Nous pensons que ce n'est point la fièvre qui fait affluer outre mesure la bile ou autres fluides quelconques dans le canal digestif, parce que cet afflux ne peut être occasionné que par la stimulation des organes sécréteurs dont l'action a été modifiée et activée ; en un mot parce que toute supersécrétion de bile, de fluides pancréatique, séro-albumineux ou autres, quelles que soient leur abondance et leur nature, est alors provoquée en vertu des mêmes lois qui dans l'état sain mettent en jeu le foie, le pancréas, les follicules muqueux, etc. Nous pensons que ce n'est point la fièvre qui communique aux matières, ou aux fluides divers qui peuvent affluer dans le canal digestif, des qualités âcres et irritantes quelconques, parce qu'il est prouvé, d'après les expériences et l'observation des Bordeu, des Chaussier, des Bichat, des Broussais, et reconnu aujourd'hui par tous les médecins physiologistes, que quand des fluides sont exhalés ou sécrétés dans l'économie en quantités exubérantes et avec des qualités vicieuses quelconques, c'est dans les vaisseaux exhalants, c'est dans les organes sécréteurs ou les glandes qu'il faut en chercher la cause ; ce sont ces organes, dont l'action augmentée, modifiée ou pervertie, fait qu'ils exhalent et sécrètent des fluides qui sont en rapport avec les changements qu'ils ont éprouvés. N'est-ce pas d'un tel changement survenu dans la glande lacrymale, et dans les follicules de la membrane pituitaire, par exemple, que provient l'âcreté des larmes et du mucus nasal dans l'ophthalmie et le coryza ? N'est-ce pas d'un changement analogue opéré dans d'autres membranes muqueuses que proviennent les qualités irritantes des flux cholérique et dysentérique, des flux blennorrhagique et leucorrhéen dans les irritations inflammatoires et lymphatico-sécrétoires des muqueuses digestive et urétro-vaginale? C'est donc primitivement à une augmentation morbide d'action organique de certains organes chargés de sécréter, d'exhaler des fluides, qu'il faut attribuer les qualités âcres et irritantes dont il s'agit, et non point à la fièvre. Ici du moins n'est-il pas évident pour tout médecin attentif et non prévenu, que c'est au moyen de suppositions gratuites qu'on essaie de nous replonger dans l'humorisme? N'est-ce pas après avoir imaginé qu'une fièvre essentielle vicie les humeurs qu'on fait ensuite jouer un rôle à ces humeurs viciées dans le développement des lésions organi-

ques ? Enfin nous soutenons que ce n'est point la fièvre qui communique aux matières ou aux humeurs contenues dans le canal digestif les qualités qui leur font produire des lésions locales, parce que, suivant nos adversaires, et en particulier M. Chomel, c'est *fréquemment par leur séjour prolongé*, *leur accumulation*, *leur poids*, etc., que ces matières donnent lieu à certaines lésions de la muqueuse digestive! Or, l'on ne peut pas dire que ce soit la fièvre qui leur ait transmis les propriétés physiques en vertu desquelles ces matières agissent en pareille circonstance ; il serait trop absurde, par exemple, de dire que c'est la fièvre qui leur a donné la densité, la pesanteur ! Donc, ce n'est pas la fièvre qui communique aux matières et aux fluides divers contenus dans le canal digestif les qualités vicieuses qui les mettent en état d'y produire des lésions ; donc la fièvre n'est pas plus la cause éloignée que la cause immédiate des lésions organiques dont il s'agit.

3° Quant aux médecins qui, sans avoir recours aux matières âcres, irritantes, putrides, placées dans le canal digestif, soutiennent néanmoins que la prétendue fièvre intermittente essentielle est la cause et non l'effet des lésions organiques, nous leur demanderons comme le fait, pour la fièvre continue adynamique, M. Roche dans un mémoire, où il réfute avec le talent qu'on lui connaît les principales objections faites à la nouvelle doctrine des fièvres ; nous leur demanderons qui est-ce qui peut produire ces lésions dans le groupe de symptômes qui constitue la fièvre intermittente : est-ce le tremblement ou le froid d'abord répandu à la surface du corps, est-ce la chaleur qui lui succède qui peuvent ulcérer la muqueuse digestive ? on ne le pense pas. Sont-ce les bâillements, les pandiculations, l'engourdissement des facultés intellectuelles et des organes des sens, le ralentissement ou la fréquence du pouls qui peuvent rougir, gonfler cette membrane, rétrécir la cavité du canal qu'elle tapisse ? on ne le croit point encore. Sont-ce la rougeur de la langue, l'amertume de la bouche, les dégoûts, les nausées, les vomissements, etc., qui produisent sur l'estomac et les intestins, tantôt des éruptions aphtheuses et furonculeuses, tantôt des taches rouges, livides ou noires. Mais tout médecin reconnaît dans ces derniers symptômes des effets et non pas des causes de lésion du tube digestif. Est ce le malaise général, la céphalalgie, la douleur dans le dos, les membres et les articulations, qui produisent sur la muqueuse intestinale des élevures partielles, des plaques gaufrées, fon-

gueuses, des escarres gangréneuses? il n'est personne qui puisse le penser. Enfin sont-ce la moiteur et les sueurs répandues sur toute la surface du corps qui engorgent le foie, obstruent la rate et développent dans les parties du mésentère correspondantes aux lésions intestinales, des glandes rouges ou blanches, dures ou molles, de couleur et de forme variées? on ne le pense pas davantage. Or, puisque ce sont bien là tous les symptômes qui caractérisent la fièvre intermittente, il en résulte que chacun d'eux, pris séparément ou réunis deux à deux, trois à trois, ne peuvent pas produire les lésions organiques indiquées; le groupe total de ces symptômes aurait-il plus d'effet? Mais il n'est le plus souvent qu'un assemblage arbitraire, une carte de confusion où chacun fait entrer ce qu'il veut, et dont le type modèle n'existe nulle part dans la nature? De ce que nous venons de dire on peut conclure que ce ne sont pas les symptômes, appelés *fièvre intermittente essentielle*, qui peuvent être la cause des lésions organiques.

4° Est-ce la viciation des humeurs qui occasionne et la fièvre et les lésions organiques dont il s'agit? Pour établir cette prétendue viciation des humeurs, on nous dit que le solidisme ne peut suffire pour résoudre toutes les questions relatives aux fièvres (continues et intermittentes), et qu'ainsi il faut bien revenir à l'humorisme pour lui en demander la solution (1)! *Revenir à l'humorisme*, cela ne gêne point les médecins physiologistes, d'autant plus qu'ils ne l'ont jamais répudié entièrement; toujours ils ont reconnu non pas des *vices* dans les humeurs, mais un sang plus ou moins riche ou pauvre en éléments nutritifs, bien ou mal élaboré, c'est-à-dire provenant de bons ou de mauvais matériaux alibiles comme dans certains états de pléthore sanguine, ou au contraire dans le scorbut, les scrofules, etc. Sans doute il est utile et convenable d'interroger tous les différents systèmes et les théories médicales même les plus hypothétiques pour y prendre tout ce qu'il y a de bon, tout ce qui peut servir à la solution des problèmes physiologiques et pathologiques qui restent à résoudre. Mais avant de faire briller d'un éclat factice cette lumière si pâle et si faible qui peut nous venir de l'humorisme, a-t-on épuisé toutes celles mille fois plus vives et plus sûres qu'on peut trouver dans le solidisme? Ainsi, pour résoudre certaines questions relatives aux fièvres graves (nous

(1) Andral, *Anatomie pathologique*, t. I.

disons *certaines* parce que, de l'aveu des humoristes eux-mêmes, on doit déjà au solidisme la solution du plus grand nombre et des plus importantes de ces questions), a-t-on interrogé avec assez de soin tous les solides, tous les différents tissus dans leur état morbide? A-t-on fait convenablement la part que chacun d'eux peut fournir au faisceau des lumières dont on a besoin, dans la recherche de la vérité? Nous ne le pensons pas. Jusqu'ici, grâce aux investigations profondes qu'on doit surtout à M. Broussais et aux médecins physiologistes pour l'étude et l'analyse des nombreuses formes, des nuances multipliées que revêtent les phlegmasies dans les divers tissus, presque tout ce qui a rapport aux lésions organiques du système capillaire sanguin a été dévoilé et mis au grand jour; mais combien n'est-on pas éloigné encore d'avoir poussé aussi loin les mêmes recherches relativement au système blanc ou lymphatico-sécrétoire! Ce système, eu égard au grand rôle qu'il joue dans toutes les opérations saines de l'économie, ne doit-il pas en jouer un autre nécessairement très étendu et très influent dans les opérations morbides? Eh bien, à peine a-t-on commencé à étudier ce système dans l'état de maladie! Combien n'est-on pas loin encore de lui avoir fait une part convenable dans la production de ces lésions organiques si nombreuses et si variées d'où peuvent résulter toutes espèces de fièvres? N'y a-t-il pas quelques unes de ces altérations morbides signalées par MM. Dupuytren, Lallemand, Cruveilhier, etc., sous le nom de *ramollissement*, qui appartiendront à une lésion du système dont il s'agit? N'en est-il pas de même de l'ordre des maladies appelées *flux* par les anciens, et que Cullen rangeait dans la classe des *pyrexies*? Et cette maladie muqueuse, si bien décrite par Rœderer et Wagler, qui a fait depuis lors tant de bruit sous les noms de *fièvre entéro-mésentérique*, *adéno-méningée*, *entérite folliculeuse*, *exanthème intestinal*, *dothinentérie*, *fièvre typhoïde*, ne doit-elle pas entrer en grande partie dans les lésions du système blanc sécrétoire et lymphatico-ganglionnaire? Qu'on entre donc avec zèle et persévérance, qu'on entre franchement dans cette voie, et on verra si l'on n'en tire pas plus de fruits pour la science qu'en se replongeant avec MM. Récamier et Petit dans le *principe morbifique* des anciens, avec MM. Piorry et Gendrin dans l'humorisme, avec MM. Bretonneau et Louis dans des spécialités dothinentérique et typhoïde.

Mais revenons à l'humorisme dont il faut bien s'occuper, puis-

qu'on veut aujourd'hui lui faire jouer le plus grand rôle possible. Le système que ce mot représente, encore plongé dans l'oubli où il gisait depuis des siècles, et d'où il ne semblait guère devoir sortir tant qu'il ne serait escorté que d'un si faible bagage de faits avortés ou caduques comme lui, ce système cependant a été autant que possible ressuscité et ravitaillé depuis quelques années. A peine eut-il reparu sur le théâtre médical, qu'un petit nombre de médecins antiphysiologiques le tournèrent et retournèrent dans tous les sens, le présentèrent sous toutes ses faces pour lui faire produire de l'effet; en un mot, l'agitèrent de toutes les façons pour en obtenir le plus grand bruit possible. Mais, dans notre siècle de solidisme et presque de matérialisme, il n'y a pas eu d'écho en France pour l'humorisme; tout ce grand bruit s'est dissipé avec la rapidité d'un feu d'artifice, sans toutefois produire une lumière même instantanée; c'est la montagne en travail qui est accouchée d'une souris!

Le premier, et sans contredit le plus habile promoteur de l'humorisme de nos jours, M. Andral, ne semble-t-il pas l'avoir exploité, ainsi que l'essentialité des fièvres, comme une espèce de garantie antibroussénienne, pour arriver plus vite et plus sûrement à cette chaire de médecine qu'il occupe avec tant de succès? On ne voit pas qu'aujourd'hui notre jeune et savant professeur y tienne plus guère. Il a même cru, dans l'intérêt d'une cause dont il fut l'avocat, devoir arrêter le zèle de ceux qui après lui se sont jetés en foule dans les voies de l'humorisme, et dont quelques uns, avec plus de zèle que de talent, commençaient à compromettre une cause par elle-même si débile et si chancelante. « Ne compromettons pas, dit-il, la cause de l'humorisme en demandant aux faits qui sont de son domaine plus qu'ils ne peuvent encore donner (1). » Cette prévoyante allocution de M. Andral nous paraît d'autant plus sage, qu'on ne peut raisonnablement *demander* que fort peu à ces *faits du domaine de l'humorisme*, si du moins on en juge par ceux réputés les meilleurs, qui ont été réunis et invoqués par M. Andral dans le plaidoyer, d'ailleurs très habile, où il cherche à réhabiliter la cause de l'humorisme (2). On n'y trouve pas un seul de ces faits positifs qui entraînent la conviction. A force de réunir tous les

(1) *Journal hebdomadaire.*
(2) *Anatomie pathologique*, t. I.

accessoires, tous les plus petits lambeaux de preuves, et de profiter des moindres circonstances, on parvient tout au plus à faire ressortir quelques vraisemblances en faveur du système dont il s'agit, mais nulle part et d'aucun point on ne voit surgir la moindre certitude. On tire parti des faits les plus tronqués, les plus merveilleux; en un mot, on fait arme de tout ce qui se présente, et l'on pousse à l'humorisme tout ce que l'on peut y faire entrer de gré ou de force. Certes, quand on voulait mettre à profit des faits du genre de celui dont on accuse la crédulité de Duhamel, de ce prétendu bœuf surmené dont le sang et les éclaboussures ont produit trois miraculeuses catastrophes! comment n'a-t-on songé à fouiller aussi dans les anciens traités de phthisie pulmonaire? On en eût trouvé de toutes les façons et pour le moins aussi merveilleux que le précédent, jusqu'à des cordons de sonnettes qui, n'ayant pas été renouvelés dans des chambres où étaient morts des phthisiques, ont suffi pour communiquer à d'autres personnes la même maladie! Mais laissons là les prodiges et les miracles pour suivre le raisonnement de M. Andral, quand il essaie de prouver qu'il y a *égalité d'hypothèses* entre l'opinion qui attribue toutes les fièvres essentielles à la gastro-entérite et celle qui les fait provenir de la viciation des humeurs. Indépendamment des fièvres typhoïdes et autres semblables qui se montrent épidémiquement, et dans lesquelles M. Andral soutient qu'il ne peut y avoir *aucun doute* sur leur nature humorale, puisqu'elles se sont développées sous l'influence de *causes manifestes d'infection du sang*, il pense encore que celles de ces fièvres qui apparaissent d'une manière sporadique, comme par suite d'une vive affection morale par exemple, sont dues à la même viciation des humeurs, parce qu'*une émotion morale vive peut*, selon lui, *pervertir l'action du système nerveux*, *qui cesse d'influencer convenablement les différents organes où le sang s'élabore*, *ceux où il se dépose*, *où il prend de nouveaux matériaux*, *ce sang doit s'altérer à son tour*, etc. (1). Voilà une de ces hypothèses dans lesquelles M. Andral *trouve autant de physiologie* que dans celle qui consiste à regarder les phénomènes fébriles dont il s'agit comme le *résultat constant*, *nécessaire*, *d'une inflammation aiguë de l'estomac.*

Il a fallu que cet écrivain distingué fût bien préoccupé par

(1) *Anatomie pathologique*, t. I.

l'idée de composer en faveur de l'humorisme un plaidoyer aussi étendu, aussi chaleureux que possible, pour faire descendre la théorie physiologique des fièvres au rang des hypothèses qu'il imagine pour faire croire à la viciation des humeurs. D'abord, ne serait-on pas en droit de lui demander de quelle théorie il entend parler quand il énonce un principe tellement exclusif et défiguré qu'il n'est jamais entré ainsi dans la nouvelle doctrine? Sans doute aussi que, dans la chaleur de son argumentation (on dirait volontiers de son improvisation), il ne s'est pas souvenu qu'il avait lui-même publié des faits tendant à prouver qu'après la mort des individus qui succombent aux fièvres dites essentielles, *on trouve presque toujours* (quatre-vingt-dix-huit fois sur cent environ) *des lésions dans le tube digestif.* Mais hâtons-nous de dire que le jugement du professeur est venu ensuite rectifier les premiers errements d'une imagination ardente, et qu'aujourd'hui M. Andral admet franchement les conséquences de ces faits ; toutes les pyrexies continues ou intermittentes, toutes les fièvres graves, jadis essentielles, sont par lui placées au rang des affections abdominales ou des lésions des organes digestifs. Ainsi de ce côté-là, et de l'aveu tardif de M. Andral, il n'y a plus d'hypothèse dans la doctrine physiologique ; en est-il de même de l'opinion qui tend à faire vicier les humeurs *sous l'influence de causes manifestes d'infection*, et (ce qui est bien plus extraordinaire encore) *par suite d'une émotion morale vive qui, en pervertissant l'action du système nerveux, conduit à l'altération du sang et des humeurs*? Ne conviendra-t-on pas aujourd'hui que cette dernière opinion est la seule qui doive rester au rang des hypothèses? car que sont-elles ces prétendues *causes manifestes d'infection du sang*? Ne sera-t-il pas permis d'en douter tant qu'on n'aura point prouvé leur existence? Pour réfuter la dernière cause d'altération du sang, il suffit de deux mots : Où va porter son influence une affection morale quelconque? Est-ce sur les humeurs? Va-t-elle au contraire retentir à la fois au cerveau et au centre épigastrique? Si les fonctions digestives sont troublées, si le foie sécrète plus de bile, n'est-ce pas parce que l'estomac et le foie sont irrités? Et dès lors à qui faut-il s'en prendre du trouble de la digestion et d'une sécrétion surabondante ou vicieuse de bile, si ce n'est aux organes qui exercent cette fonction, qui sécrètent cette bile? N'est-ce pas à ces organes qu'il faut adresser des moyens thérapeutiques pour

rétablir la santé ? Ce que nous venons de dire pour les affections morales nous pourrions également l'appliquer aux prétendues causes d'infection du sang, qui occasionnent des fièvres épidémiques. N'est-ce pas sur des organes qu'elles vont porter leur action ? Ne sont-ce pas toujours des organes, et en particulier le tube digestif, qu'on trouve altérés après la mort ? Dès lors qu'a-t-on besoin d'imaginer des hypothèses pour se rendre compte de ces faits ?

Nous ne prétendons pas qu'on puisse trouver dans le solidisme la solution de toutes les questions physiologico-pathologiques, du moins jusqu'à présent y en a-t-il plusieurs qu'on n'a pu résoudre encore par son secours ; mais est-ce à dire que l'humorisme puisse mieux nous fournir cette solution ? On a beau y fouiller, que nous offre-t-il de satisfaisant ce caduc système, depuis sa restauration ? N'est-il pas resté muet et presque complétement inutile ? Sans doute il faut éviter les controverses poussées à l'excès, parce que tout excès en amène un autre en sens contraire et nous éloigne de la vérité. En médecine, moins qu'en toute autre science, il ne convient d'être exclusif dans sa manière de voir. Le solidisme, poussé trop loin et admis exclusivement, peut conduire à l'erreur. Mais l'exacte vérité ne porte-t-elle pas à convenir aussi que les faits invoqués en faveur de l'humorisme sont en bien petit nombre et d'une bien faible valeur, comparativement à ceux si multipliés et si positifs qui établissent d'une manière solide et durable la doctrine actuelle du solidisme ? On parle beaucoup et vaguement de maladies dans lesquelles le sang est altéré ; mais nous dit-on en quoi consiste cette altération ? pas du tout. On peut bien croire que le sang de chaque individu offre des variétés relatives à son organisation, à son tempérament, à ses habitudes, à sa manière d'être, de vivre et de sentir ; pourquoi n'en offrirait-il pas aussi relativement à telle ou telle maladie, surtout quand ces maladies durent plus ou moins long-temps ? Mais peut-on dire que ce soit là ce qui constitue la maladie, puisque celle-ci a préexisté à cette altération consécutive du sang ?

Pour ce qui est de la nature et des qualités du sang et des humeurs, il est certain que tout est relatif aux individus, et que tel se porte bien avec un sang si mal élaboré, qu'il ne pourrait être injecté chez un autre différemment constitué sans qu'il n'en résultât les accidents les plus graves et les symptômes fébriles les

plus remarquables. Si l'on demande aux humoristes en quoi consistent positivement les altérations du sang chez les malades qu'ils disent avoir succombé à un prétendu empoisonnement humoral, ne sont-ils pas fort en peine de répondre, puisqu'on peut leur prouver que *toutes ces dispositions du sang à se solidifier ou à se liquéfier, que la prédominance aqueuse ou gélatineuse, la couleur plus ou moins pâle ou noirâtre de ce fluide, sa visco ité, sa moindre consistance, ses caillots noirs et fibreux, ses résidus en bouillie*, en un mot, que tous ces états du sang qu'ils considèrent comme la suite d'une affection humorale, peuvent se rencontrer également chez d'autres individus dont la santé n'est point altérée ou dont la maladie n'a offert aucun des phénomènes fébriles et morbides correspondants à cette prétendue viciation des humeurs? Dès lors, ne peut-on pas leur demander si telle modification du sang qu'ils jugent *vicieuse* après la mort chez leurs malades n'était pas déjà telle bien long-temps avant l'invasion de la fièvre putride ou typhoïde à laquelle ils ont succombé? D'ailleurs nos moyens d'analyse chimique, tels qu'on les a possédés et employés jusqu'à présent, n'ont pas fait découvrir de différence sensible et matérielle entre la composition du sang de l'homme sain et de celui qui est atteint de la *fièvre putride* la plus intense et la mieux caractérisée. Il faudra donc nécessairement qu'on restreigne les conséquences qu'on veut aujourd'hui déduire de la viciation du sang et des humeurs, puisqu'on ne parvient point à en établir la preuve d'une manière positive et convaincante. Aussi, nul doute que ce nouvel élan vers l'humorisme une fois passé, on ne revienne à une opinion beaucoup plus modérée, et moins favorable à la cause d'un système à qui il ne sera jamais donné d'aller bien loin, s'il ne retombe pas encore dans sa précédente nullité, et par suite dans cet oubli qui en est inséparable. En attendant, rappelons l'opinion remarquable émise à cet égard par Milmann à une époque où l'anatomie pathologique, encore peu avancée, n'offrait pas comme aujourd'hui des armes si puissantes contre l'humorisme. « Les saignées, dit-il, qu'on a pratiquées dans beaucoup de fièvres putrides, malignes, et dans la peste, ont prouvé que le sang *variait dans ces maladies comme dans les autres*, étant quelquefois coagulé et d'autres fois peu disposé à l'être; *je ne crois pas*, ajoute-t-il, *que personne de bonne foi puisse assigner la raison de ces différences* (1). »

(1) *Recherches sur l'origine et le siége du scorbut et des fièvres putrides.*

On parle beaucoup aussi de prétendues *fièvres essentielles, occasionnées par la résorption du pus !* Certes, nous sommes loin de nier l'effet funeste pour la santé générale qui peut résulter d'une plaie plus ou moins étendue et qui fournit une abondante suppuration ; il est trop évident que cette lésion locale, en attirant à elle toutes les forces de l'économie, est cause qu'elles manquent dans les principales fonctions organiques ; la digestion ne pouvant se faire convenablement, du chyme en plus petite quantité et en moindre qualité, ou plus pauvre en éléments nutritifs, sera fourni pendant un temps plus ou moins long ; de là la maigreur, le dépérissement général et la fièvre. La même chose arrive chez les individus qui, plongés pendant long-temps dans un cachot humide, deviennent scrofuleux ou scorbutiques par suite de mauvais matériaux hygiéniques. Mais que peut-on raisonnablement conclure de tout cela en faveur de l'humorisme? Les matériaux de la nutrition étant mauvais, ceux du sang, des sécrétions et des exhalations, ne doivent pas présenter les qualités ou les mêmes propriétés physiques que chez l'homme mieux nourri ou placé dans des circonstances opposées. Voilà tout ce qu'on peut croire, et cela indépendamment de toute *viciation* d'humeurs et de toute espèce de fièvre putride ou typhoïde *essentielle.*

D'ailleurs quand il y a suppuration dans quelques points de l'organisme et qu'il survient une fièvre grave quelconque, peut-on dire que c'est à la résorption du pus qu'est due cette fièvre? Peut-on dire, dans ce cas, que *c'est la présence du pus dans le sang qui produit un véritable empoisonnement d'où peuvent résulter les symptômes de la fièvre adynamique, putride, typhoïde,* etc.(1)? Nous ne le pensons pas. Car s'il est vrai, comme on en convient, que, dans presque tous les cas où un fluide putride est absorbé, il se développe une inflammation ou une lésion quelconque de la muqueuse digestive, qu'est-il besoin de faire intervenir la viciation des humeurs pour produire des phénomènes fébriles, putrides et typhoïdes? Ne suffit-il pas de la lésion gastro-entérique, occasionnée, si l'on veut, par du pus ou des humeurs putrides absorbées, de la même manière qu'elle l'est d'autres fois par des gaz délétères et des effluves marécageux? Et cela, d'autant mieux que déjà nous avons vu la muqueuse digestive

(1) Andral, *Clinique* et *Journal hebdomadaire.*

être comme le point central vers lequel convergeaient tous les principes délétères introduits d'une manière quelconque dans l'économie, et l'irritation gastro-intestinale, qui en était la suite, occasionner sympathiquement tous les phénomènes fébriles les plus variés et les plus remarquables.

M. Andral nous dit que ce point de doctrine a été particulièrement élucidé dans ces derniers temps par les travaux de MM. Ribes, Gaspard, Gendrin, Legallois, etc. Mais en quoi ce point de doctrine a-t-il été *élucidé*? Est-on parvenu à prouver la présence du pus dans le sang? A-t-on spécifié un type particulier d'altération dans les humeurs chez les individus qu'on suppose avoir été victimes d'une infection putride? Nullement. Tous ces travaux se bornent à tourner autour d'un cercle vicieux, à offrir sous des aspects différents la même question sans jamais la résoudre, à présenter quelques données vagues et incomplètes pour des preuves certaines et indubitables d'une opinion qui, loin d'être avérée, n'est pas même probable; puisqu'elle n'est point adoptée par les chirurgiens qui sont à la tête des grands hôpitaux où ils voient chaque jour un très grand nombre de blessés et d'opérés, chez qui l'empoisonnement dont il s'agit devrait être assez fréquent, si tant est qu'il pût avoir lieu de la manière qu'on le suppose (1). Ces illustres praticiens ne font pas mention de ces prétendues fièvres putrides ou typhoïdes, et n'observent guère que des fièvres inflammatoires aiguës, ou des fièvres hectiques, suite de la faiblesse et du dépérissement graduel occasionnés par la suppuration de plaies plus ou moins étendues, c'est-à-dire par des pertes que des digestions faibles ou incomplètes ne peuvent réparer, d'autant plus que l'appareil digestif est presque toujours sympathiquement troublé par ces lésions locales.

(1) Quelques partisans de l'humorisme, tels que MM. Louis, Legallois, etc., sont tellement préoccupés de l'idée de cette prétendue absorption du pus et des effets funestes qui peuvent en résulter, qu'ils vont jusqu'à proscrire les exutoires suppuratifs dans la plupart des fièvres graves, et dans un grand nombre de maladies où leur emploi a été jusqu'à présent reconnu comme le moyen de guérison le plus efficace!

D'autres conséquences thérapeutiques qu'on a voulu tirer de l'humorisme paraîtront sans doute plus singulières qu'utiles : telles sont les injections d'eau dans les veines, conseillées par M. Magendie dans certains cas d'encéphalite, et le précepte donné par M. Piorry de *gorger de boissons aqueuses* les enfants atteints de croup, et tout cela dans le but de remédier à la *densité* et à la *plasticité du sang*! Si là se bornent les conséquences pratiques qu'on a déduites jusqu'à ce jour de la théorie de l'humorisme, on conviendra volontiers qu'on ne lui doit pas grande reconnaissance!

N'est-ce pas alors du trouble sympathique des principales fonctions que résultent tous ces phénomènes fébriles, attribués gratuitement à l'absorption du pus et à la viciation des humeurs? Telles sont en particulier les opinions de MM. Dupuytren, Roux, Marjolin, J. Cloquet, etc., qui, sur ce point, ont toujours professé les principes de la doctrine physiologique.

D'ailleurs ceux qui admettent l'infection des humeurs par la résorption du pus ont-ils réfléchi que ce pus, auquel il font jouer un rôle si pernicieux, est le plus souvent un fluide aussi pur et aussi innocent que la salive et le lait? Mais en supposant le contraire, les partisans de l'humorisme ont-ils constaté la présence de ce pus dans les fluides excrémentitiels chargés de l'expulser quand l'économie est assez forte pour résister à son influence délétère? Point du tout; ce qu'ils allèguent de plus concluant à l'appui de leur opinion, c'est que, dans certains cas, ils ont trouvé du pus sur les parois de quelques troncs veineux, comme si les veines étaient exemptes d'inflammation capable de produire du pus! Ils soutiennent encore avoir reconnu telles ou telles modifications de *couleur*, *de densité*, *de viscosité*, *de fluidité* dans le sang de leurs malades, comme si le sang, qui éprouve des changements innombrables dans l'état de santé, ne pouvait pas en présenter aussi dans une maladie quelconque! Toutes nos humeurs, comme le sang, le mucus, la salive, le lait, le sperme, etc., et le pus lui-même, sont le résultat d'un travail organique; elles sont engendrées par l'action d'un ordre particulier de vaisseaux capillaires doués de la puissance de convertir le chyme en sang et de puiser dans le sang les matériaux dont ils forment le pus, le mucus et toutes les humeurs possibles. Or ne conçoit-on pas qu'indépendamment de la nature très variable des éléments nutritifs, la puissance sécrétoire de ces vaisseaux soit susceptible d'éprouver diverses modifications qui en apportent également dans la composition des fluides élaborés par eux, et cela, indépendamment de toute *fermentation chimique*, de toute *décomposition* et *diathèse putride* quelconque? D'ailleurs, s'il est vrai, comme en conviennent les humoristes, qu'on trouve constamment l'inflammation de quelques viscères, surtout digestifs, dans les cas d'absorption, cela ne suffit-il pas, comme nous l'avons déjà dit, pour se rendre compte des phénomènes fébriles, putrides et typhoïdes, abstraction faite de la prétendue infection générale du sang et des humeurs?

En effet, les recherches pathologiques et les expériences les plus concluantes, celles qui appartiennent à MM. Gaspard, Magendie et Legallois, n'établissent pas autre chose, si ce n'est que la présence de fluides putrides, introduits dans le torrent de la circulation par une injection directe ou par absorption cutanée, muqueuse, séreuse, peut déployer une inflammation du cœur, des poumons, et particulièrement de la muqueuse digestive; la phlegmasie de cette membrane, avec ou sans hémorrhagie, est la plus fréquente et même la seule qui ait lieu constamment d'après les recherches de M. Gaspard, confirmées par M. Magendie. Mais peut-on en conclure, avec ces habiles expérimentateurs, que *les vomissements et les déjections noires soient*, dans le cas dont il s'agit, *le résultat d'une altération générale du sang, due à l'introduction de matières putrides dans le système circulatoire*? Non : 1° parce qu'ils n'ont point constaté la présence de ces humeurs putrides dans le sang; 2° parce qu'ils n'ont point spécifié en quoi consiste cette prétendue viciation du sang et des humeurs; 3° parce que, dans maintes autres circonstances, on observe des vomissements et des déjections noires sans qu'il existe aucune infection. Des choléra-morbus accidentels, des fièvres muqueuses, des dysenteries, occasionnés par des excès de table, par des fruits ou des boissons de mauvaise qualité, par un refroidissement spontané, etc., peuvent déterminer le même genre d'évacuations, le météorisme, l'odeur, la fétidité de l'haleine, de l'urine, des sueurs, des sudamina ou pétéchies, et tous les phénomènes qu'on assigne à une infection générale du sang et des humeurs; cependant, dans ces derniers cas, il ne s'agit que d'affections locales, d'inflammations ou d'irritations sécrétoires de la muqueuse digestive. Qu'on veuille bien remarquer que ce ne sont pas là des explications nouvelles, imaginées tout exprès pour les opposer aux partisans actuels de l'humorisme; car il nous serait facile d'invoquer ici le témoignage d'un grand nombre de praticiens plus ou moins éloignés de nous, et dont l'opinion à cet égard est parfaitement d'accord avec les principes de la doctrine physiologique; voyons entre autres les théories de Quarin et de Dumas : le premier pensait que des humeurs viciées ou putrides, en pénétrant dans l'économie, au lieu d'altérer le sang, étaient transportées d'emblée dans les organes digestifs dont elles provoquaient directement l'inflammation. Le célèbre professeur de Montpellier était plus physiologique dans

l'explication du même fait. Des accès ou des redoublements fébriles survenaient-ils chez des blessés? c'était là, selon lui, une complication analogue à celle produite par une indigestion; les phénomènes généraux et fébriles plus ou moins graves qu'il observait alors étaient par lui attribués, non pas à l'absorption du pus et à la viciation des humeurs, mais à la funeste diversion des forces de la nature qu'une nouvelle irritation appelait à soi au préjudice des plaies dont le travail se trouvait ainsi troublé ou suspendu; de là des phénomènes locaux et généraux plus ou moins graves (1).

Pour mieux fixer nos idées sur l'importante question dont il s'agit, prenons un exemple saillant, comme la maladie appelée *pourriture d'hôpital:* plusieurs praticiens, d'ailleurs très habiles, en traitant cette maladie, ne font guère attention qu'à la lésion externe, à la décomposition putride locale, alors même qu'il y a chez les blessés un mouvement fébrile assez prononcé; cette fièvre n'est pour eux que le résultat d'une réaction vitale à l'aide de laquelle la nature tend à combattre la dégénération de la plaie. De cette opinion trop étroite et extrême, qui ne fait voir dans la pourriture d'hôpital que la lésion externe, les humoristes se jettent à l'extrémité opposée; ils perdent de vue toute espèce de lésions locales pour ne voir que la viciation générale des humeurs, dont la fièvre, la dégénération des plaies, et la gastro-entérite elle-même, ne sont que le résultat. Les médecins physiologistes, au contraire, évitant les opinions extrêmes que nous venons de signaler, et ne se prononçant que d'après l'analyse des symptômes, d'après l'examen de cadavres où ils ont constamment trouvé des traces de gastro-entérite, considèrent la fièvre qui accompagne la pourriture d'hôpital comme symptomatique de la lésion gastro-intestinale, dont la complication, chez les blessés, peut amener, suivant les circonstances, soit la pourriture d'hôpital, soit toute autre dégénération de leurs plaies, en appelant à elle toute l'attention et toutes les forces de l'économie. Cette théorie est si vraie, et l'hypothèse des humoristes si facile à renverser, qu'il suffit, comme l'expérience le confirme de plus en plus, de combattre promptement et méthodiquement la gastro-entérite, pour voir les plaies se ranimer,

(1) *Mémoire sur la complication des plaies*, t. IV de la *Société médicale d'émulation.*

fournir une bonne suppuration, et s'évanouir tous les symptômes de la prétendue viciation des humeurs.

Cependant nos humoristes modernes ouvrent-ils les cadavres de malades portant des plaies avec suppuration, ou morts à la suite d'une grave opération, et trouvent-ils chez eux des lésions organiques dans les poumons, le cœur, ou sur le tube digestif, ils soutiennent que ces lésions *sont le résultat de l'absorption du pus et de la viciation des humeurs!* comme s'il n'était pas démontré depuis long-temps, et reconnu par tous les bons observateurs, qu'une plaie, ou une lésion externe quelconque, n'empêche pas le développement de quelques lésions dans les viscères, et peut, au contraire, les favoriser. C'est cette vérité qui, mieux appréciée par M. Broussais, l'a porté à poser en principe que toutes les fois qu'il existe un point d'irritation dans l'économie, quel que soit son siége à l'extérieur ou à l'intérieur, qu'il soit ou non accompagné de suppuration, il en résulte une excitabilité générale qui prédispose à l'irritation de tout autre organe, et en particulier de la muqueuse digestive.

De ce que nous venons de dire il résulte évidemment qu'aujourd'hui, comme au temps de Milmann, nos sens ne peuvent point saisir ni spécifier toutes ces prétendues altérations du sang et des humeurs auxquelles on veut faire jouer un si grand rôle; il résulte que la chimie, malgré ses progrès, ou ne nous apprend rien à cet égard, ou tend à dissiper les hypothèses de l'humorisme; il résulte qu'on ne peut pas considérer comme *une diathèse putride ou une altération essentielle du sang*, la présence d'un corps étranger dans ce fluide, ni certains états ou certaines modifications du sang, variables à l'infini dans l'état de santé comme dans la maladie. Quant aux altérations particulières, dues à certaines expériences plus ou moins ingénieuses, en les supposant même plus remarquables ou plus positives que les faits ne tendent à l'établir, n'étant pas applicables à l'état morbide proprement dit, elles ne peuvent donc point servir de fondement à une théorie pathologico-humorale. Enfin, pour ce qui a spécialement rapport aux fièvres d'accès, nous citerons l'opinion d'un professeur qui ne doit pas être suspect de partialité en faveur du solidisme physiologique: « Il est impossible, dit M. Chomel, de prouver que les fièvres intermittentes ont leur siége dans les liquides en général, ou dans tel liquide en particulier; il est également impossible de démontrer que ces mala-

dies ne sont liées à aucune altération des humeurs. Toute question qui ne peut être résolue, et à laquelle on ne peut qu'opposer des hypothèses à d'autres hypothèses, doit être écartée indéfiniment (1). »

5° Si l'on examine attentivement en quoi consistent les lésions qu'on trouve chez ceux qui succombent aux fièvres intermittentes, si l'on réfléchit par quel mécanisme elles ont pu se former, on sera nécessairement porté à conclure qu'elles ne peuvent être l'effet de ces fièvres, parce que, dans tous les cas, on est forcé de reconnaître l'irritation inflammatoire ou subinflammatoire comme la cause prochaine ou immédiate de ces lésions, parce que, quelques détours que l'on prenne, quelques subtilités qu'on imagine, quelques sophismes qu'on entasse, on en reviendra toujours à demander comment la fièvre peut-elle rougir, ulcérer une membrane sans inflammation préalable (2)? Comment la fièvre ou des humeurs âcres peuvent-elles rétrécir un canal, gonfler la membrane qui le tapisse, produire à sa surface des élevures, des taches rouges ou grisâtres, des plaques fongueuses, etc., sans qu'il y ait eu aucune irritation inflammatoire, subinflammatoire ou lymphatico-glanduleuse? Nous savons bien que des praticiens, d'ailleurs recommandables, ont jadis soutenu que des taches rouges, livides ou noirâtres, n'étaient pas des traces de phlegmasie; mais plus personne aujourd'hui ne partagera cette opinion, si l'on fait attention que les recherches physiologiques et anatomiques les plus modernes lui sont entièrement opposées; si l'on réfléchit que les raisons et les faits invoqués en sa faveur ne sont rien moins que concluants. En effet, on dit que les taches rouges trouvées dans le canal digestif de ceux qui ont succombé à des fièvres continues ou intermittentes, ne sont pas le résultat d'une phlegmasie, parce qu'elles peuvent être dues à là stase du sang ou à une infiltration mécanique de ce fluide, qui après la mort obéit à la pesanteur, et parce qu'on a trouvé ces mêmes rougeurs sur des individus qui n'avaient point succombé à une fièvre quelconque, mais qui étaient morts d'une manière violente comme les suppliciés. Nous dirons en deux mots que les raisons fondées sur la prétendue stase du sang ou sur l'infiltration mécanique de ce fluide ne sont d'aucune valeur, parce qu'il est prouvé que les

(1) *Traité des fièvres.*

(2) Roche, *De la nouvelle doctrine médicale*, 1827.

rougeurs dont il s'agit se rencontrent également sur toute la circonférence du canal digestif, et aussi souvent dans les points les plus élevés que dans les endroits les plus déclives de ce canal. Quant aux faits d'anatomie pathologique relatifs aux suppliciés, ils nous paraissent fort mal choisis, et prouver précisément le contraire de ce qu'on voudrait établir par leur secours. Ne sait-on pas que des individus condamnés au dernier supplice usent de leurs derniers instants pour se livrer à des excès, pour se gorger de boissons fortes et de stimulants divers à l'aide desquels ils veulent relever leurs forces et exciter leur courage pendant les longues et cruelles heures qui précèdent leur exécution? Et d'ailleurs, quand tout médecin physiologiste ancien et moderne reconnaît que l'influence funeste sur la muqueuse digestive d'une affection morale triste peut aller au point de causer des indigestions et des phlegmasies, pourrait-on n'accorder aucune influence funeste sur cette membrane aux angoisses prolongées et terribles qui précèdent le dernier supplice ? On dit encore que de simples taches rouges ou brunâtres ne sont pas inflammatoires, parce que l'inflammation ne peut exister sans lésion plus ou moins profonde, et surtout sans épaississement de la partie affectée. A cette objection, nous répondrons avec M. Boisseau qu'il résulte des expériences de Fabre et de Spallanzani que le mésentère peut être enflammé sans s'épaissir. A-t-on d'ailleurs mesuré avec toute l'exactitude possible l'épaisseur d'un grand nombre de membranes muqueuses dans l'état normal? Est-ce à l'augmentation d'épaisseur qu'on reconnaît l'inflammation du poumon et du cerveau? A quel degré d'épaississement de l'arachnoïde peut-on décider qu'elle est enflammée? La conjonctive est-elle très sensiblement épaissie dans beaucoup d'ophthalmies (1)?

Ainsi donc la raison et les faits sur lesquels on s'appuie pour soutenir que de nombreuses taches rouges ou brunâtres, que des rougeurs plus ou moins étendues de la muqueuse digestive n'indiquent pas des traces d'inflammation, tendent plutôt à confirmer qu'à combattre notre conséquence; donc les taches rouges les plus légères des lésions trouvées sur les sujets morts de fièvre intermittente sont elles-mêmes la suite d'une irritation ou d'une congestion inflammatoire de la muqueuse digestive ; à plus forte raison les ulcères, les rugosités, les plaques fongueuses, les

(1) Notes du *Traité de l'inflammation* de Thomson.

escarres gangréneuses, le rétrécissement du canal intestinal, etc.

Plusieurs médecins, partisans de l'essentialité, ont bien senti la difficulté qu'il y avait à faire produire ces lésions immédiatement par la fièvre et sans l'intermède de l'inflammation; aussi, pour trancher cette difficulté, tout en conservant l'hypothèse de l'essentialité, ont-ils jugé à propos de convenir que ces lésions étaient bien le résultat d'une inflammation, mais d'une inflammation nullement périodique comme la fièvre qu'elle provoque (1), d'une inflammation secondaire, et qui n'est elle-même qu'une complication de la fièvre. Hé bien, admettons pour un instant la prétendue *complication*, et l'on sera encore forcé de convenir que cette complication existe presque toujours, puisque l'autopsie fait découvrir presque constamment des lésions gastro-entériques; que cette complication est ordinairement une affection de même na-

(2) Un professeur célèbre de l'université de Turin, M. Rolando, convient « qu'il est prouvé que des lésions inflammatoires ont donné lieu quelquefois à des fièvres intermittentes, mais il n'en est pas moins impossible, selon lui, de concevoir comment les paroxysmes d'une tierce ou d'une quarte simple, pourraient être entretenus par une phlegmasie si occulte que, pendant trente-six ou quarante-huit heures, elle ne donnât pas le moindre signe de son existence, et cela durant des mois, comme on l'observe bien souvent dans les fièvres de ce caractère. L'appétit d'ailleurs si fréquent dans l'apyrexie des tierces simples, et signe manifeste du bien-être du canal digestif, *prouve suffisamment que ce dernier n'est le siége d'aucun vice ou d'aucune altération inflammatoire, comme on veut bien le supposer.* * »

Les objections que fait ici M. Rolando à la doctrine physiologique des fièvres intermittentes ne sont-elles pas toutes confirmatives de la vérité de cette doctrine? puisque, d'une part, il appuie de l'autorité de sa longue expérience le fait principal sur lequel elle repose, et le seul qui soit contesté par les médecins essentialistes, savoir : que la fièvre intermittente peut être l'effet d'une *lésion inflammatoire;* et puisque, d'autre part, le professeur dont il s'agit ne se trouve en opposition avec nous qu'en supposant justement le contraire de ce que nous soutenons. En effet, nous ne disons point que les paroxysmes d'une fièvre tierce ou quarte *soient entretenues par une phlegmasie occulte quelconque* pendant les trente-six ou quarante-huit heures d'apyrexie d'une fièvre tierce ou quarte. Nous soutenons au contraire que, pendant ce temps, la muqueuse digestive a repris son état normal, et que le retour des paroxysmes fébriles est occasionné par la récidive périodique d'une irritation ou d'une congestion inflammatoire de cette membrane, irritation qui se renouvelle tous les deux ou trois jours, selon qu'elle adopte le type tierce ou quarte. Loin donc de *supposer que le canal digestif est vicié* ou *altéré phlogistiquement* pendant l'apyrexie, nous croyons au contraire, avec M. Rolando, que l'*appétit si fréquent* pendant ce temps, *est un signe manifeste du bien-être de cet organe,* et une preuve incontestable de la disparition ou de l'intermittence plus ou moins complète de l'irritation locale dont les retours ou les redoublements périodiques déterminent les accès fébriles.

* *Inductions physiologiques et pathologiques sur les différentes espèces d'excitement et d'excitation*, p. 165.

ture, puisque ces lésions sont le plus souvent le résultat d'une inflammation; que cette complication attaque presque toujours les mêmes organes, puisque c'est ordinairement dans le canal digestif qu'on rencontre les lésions dont il s'agit; que cette complication existe dès le commencement de la fièvre intermittente, puisque, dès le début de cette fièvre, on remarque des symptômes qui indiquent le trouble des fonctions, la souffrance des organes qu'on trouve lésés après la mort. Voilà donc les partisans de l'essentialité réduits, même avec une concession gratuite, à admettre dans presque tous les cas de fièvre intermittente ou rémittente, deux maladies particulières, savoir: la fièvre essentielle comme maladie principale, et l'irritation inflammatoire ou subinflammatoire de la muqueuse digestive comme complication. Ainsi, quand on verra un individu atteint de fièvre intermittente quelconque, l'on dira: Voilà deux maladies distinctes, dont l'une vient compliquer l'autre avec une constance et une obstination d'autant plus surprenantes qu'elles n'ont entre elles aucun rapport, et rien de commun que la faculté d'exister ensemble! Quand on réfléchit à combien de suppositions vagues ou imaginaires on est forcé d'avoir recours pour soutenir que la fièvre intermittente est essentielle et non pas symptomatique des lésions gastro-entériques qui existent en même temps qu'elle, et dont on trouve des traces après la mort, quel est le médecin instruit et libre de préjugés qui pourra s'empêcher de reconnaître que ce sont ces lésions qui provoquent sympathiquement tous les phénomènes qui caractérisent la fièvre dont il s'agit?

De tout ce que nous venons de dire, il résulte évidemment que la fièvre intermittente n'est jamais ni la cause prochaine, ni la cause éloignée des lésions organiques qu'on trouve sur les individus qui succombent à cette fièvre, mais que ces lésions sont toujours la suite d'une irritation locale. Maintenant nous croyons pouvoir soutenir que la fièvre intermittente elle-même n'est que l'effet des lésions dont il s'agit, c'est-à-dire qu'elle est symptomatique de l'irritation gastro-entérique dont ces lésions nous retracent d'une manière assurée l'existence: donc la fièvre intermittente ne constitue point une *spécialité* ou une *essentialité* morbide, indépendante des organes, mais seulement un groupe de symptômes occasionné par une affection de la muqueuse digestive. Cette conséquence se trouve maintenant déduite des six ordres de preuves tirées de l'analogie, de l'examen des causes,

de l'analyse des symptômes, etc., que nous venons de développer successivement en terminant par celles que fournit l'anatomie pathologique. Il est vrai que celles-ci n'établissent point qu'on rencontre toujours des lésions organiques ou des traces bien marquées d'irritation inflammatoire ou subinflammatoire sur les individus qui ont succombé à la fièvre intermittente ; mais on n'en peut point conclure que cette fièvre soit ou *essentielle* ou *un effet sans cause* dans le petit nombre des cas où l'on ne trouve point de traces d'irritation locale, parce que celle-ci peut très bien avoir existé sans qu'on en trouve des traces après la mort, ces traces ayant pu disparaître par suite de ce dernier accident. Combien de catarrhes pulmonaires et vésico-urétraux, combien de blennorrhagies et de dysenteries, de leucorrhées et de diarrhées, etc., ne laissent pas de traces sensibles après la mort, dans des cas où il est impossible de douter de leur existence durant la vie ! Le fait de la disparition d'une irritation lymphatico-sécrétoire et inflammatoire n'est pas si extraordinaire ni si rare qu'on n'ait pu l'observer plusieurs fois, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur du corps. Nous disons que la disparition d'une irritation sécrétoire et d'une phlegmasie après la mort n'est pas extraordinaire, parce qu'il est facile de concevoir que quand la vie a cessé, quand il n'y a plus de sensibilité exaltée, ni de surcroît d'action organique qui appelle ou retienne les fluides sur une surface irritée, enflammée ; on conçoit, dis-je, que le sang et les humeurs qui se trouvent accumulés vers ce point puissent s'en éloigner peu à peu, soit par l'effet de la pesanteur si la position du cadavre en favorise l'action, parce qu'ils sont enlevés par l'absorption qui, comme on sait, continue encore d'avoir lieu quelque temps après la mort. Nous disons que le fait dont il s'agit n'est pas rare, parce qu'il n'est peut-être pas de praticien qui n'ait observé à l'extérieur des ophthalmies, des érysipèles, diverses exhalations et éruptions cutanées, sporiformes, lenticulaires et autres, encore très marqués pendant les derniers instants de la vie, et qui ont cessé d'être apparents dix-huit ou vingt-quatre heures après la mort. Or, pourquoi de pareils changements n'auraient-ils pas lieu également dans les viscères, principalement sur la muqueuse digestive, qui ne diffère que peu ou point de la conjonctive et qui a tant d'analogie avec la peau? Cette proposition, *qu'une irritation quelconque, qu'une phlegmasie en particulier peut avoir existé sans qu'on en trouve des traces après la mort*,

n'est pas seulement établie sur des faits évidents et qui se sont passés sous les yeux, mais sur l'opinion de praticiens justement célèbres, parmi lesquels nous pouvons citer Tissot, Morgagni, Bichat, Broussais, Portal, Pinel, etc. Tissot, après avoir dit que presque toujours dans l'épidémie de fièvre rémittente bilieuse, l'autopsie faisait voir des lésions dans le canal digestif, particulièrement sur le duodénum, ajoute : « Si quelquefois on n'a point trouvé la véritable cause de la fièvre, cela ne doit point paraître étonnant à celui qui connaît la sensibilité et l'irritabilité de tout le système intestinal, qui sait combien la mort produit de changements et dans le degré de tension des fibres, et dans les lieux qu'occupent les fluides (1). » Morgagni dit qu'il a vu des pleurésies et des apoplexies qui n'ont laissé aucune trace de phlogose ou de congestion dans les organes affectés. *Quâ ratione occidant posterum oculos fugit* (2). L'opinion de Bichat est encore plus claire et plus positive à cet égard : « Il ne faudrait pas juger, dit-il, de la quantité de sang qui pénétrait le péritoine ou la plèvre enflammée par celle qu'on observe vingt-quatre heures après la mort : l'irritation locale était une cause permanente qui fixait le sang dans la partie ; cette cause ayant cessé, il s'en échappe. Une membrane séreuse peut avoir été très enflammée pendant la vie, et présenter presque son aspect naturel après la mort. *J'aurais été tenté souvent de prononcer, d'après l'ouverture des cadavres, la non-existence d'une affection qui avait été réelle.* La même remarque s'applique un tissu cellulaire, aux *surfaces muqueuses enflammées*, etc. Voyez un sujet mort d'une angine qui, pendant la vie, avait donné la teinte rouge la plus foncée aux piliers du voile du palais, au voile lui même et à tout le pharynx : hé bien ! après la mort, ces parties ont presque repris leur couleur naturelle (3). » Mais il fait observer qu'il faut distinguer à cet égard les affections aiguës et les chroniques ; une phlegmasie chronique ne lui paraît plus susceptible de la même disparition, parce que le sang s'étant en quelque sorte combiné avec l'organe affecté, il en fait partie intégrante comme il fait partie des muscles dans l'état sain. Dans les affections aiguës au contraire, le sang, retenu momentanément par l'irritation, s'échappe dès que la vie à laquelle est liée cette irritation a cessé.

(1) *Dissertation sur les fièvres bilieuses.*
(2) *De Sedibus et Causis morborum.*
(3) *Anatomie générale*, t. II.

Ces principes, ajoute Bichat, sont susceptibles d'être appliqués à une foule de maladies, et ils sont d'une importance extrême dans les ouvertures cadavériques. *Leur négligence m'a souvent induit en erreur* dans les commencements sur l'intensité et même l'existence des inflammations aiguës dont les organes que j'examinais avaient été le siége.

M. Portal pense que certaines lésions organiques peuvent avoir existé pendant la vie chez des individus affectés de fièvres intermittentes, sans cependant que l'autopsie fasse voir des traces de ces lésions après la mort, comme on peut en juger par le passage suivant : « S'il y a des fièvres continues, intermittentes, rémittentes, etc., après lesquelles on n'a pas trouvé des altérations dans le foie, la rate, l'estomac, le mésentère, etc., comme cela est arrivé quelquefois, *on ne peut pas conclure que ces organes n'aient pas été affectés.* Les malades peuvent être morts avant que les affections des organes indiqués aient produit des altérations très remarquables. Ces observations donc ne prouvent nullement que les organes de la bile et autres n'aient pas été affectés. Il y a des fièvres si violentes et si promptes qu'elles éteignent le principe de la vie avant d'avoir altéré sensiblement les parties où résidait leur siége principal, lequel pendant la vie avait été indiqué par divers signes (1). »

L'opinion du professeur Pinel n'est pas douteuse à l'égard de la disparition de certaines phlegmasies après la mort, comme on peut en juger par le passage suivant : « Dans les inflammations chroniques de la plèvre, cette membrane éprouve une altération très marquée ; sa rougeur est très manifeste et n'est pas susceptible de disparaître, *comme cela peut arriver dans les inflammations aiguës.* » Et ailleurs, en parlant du croup, il dit encore : « L'augmentation de la rougeur de la membrane muqueuse ne s'observe pas constamment après la mort, quoique tous les autres phénomènes du croup aient existé, soit que l'exsudation albumineuse ait empêché l'engorgement inflammatoire de la membrane muqueuse, *soit que la mort en ait effacé les traces* (2). »

Enfin, les adversaires de la doctrine physiologique conviennent eux-mêmes que la mort peut faire disparaître des rougeurs et des inflammations qui n'ont duré que quelques heures (3). Or,

(1) *Observation sur la nature des maladies du foie.*
(2) *Nosographie philosoph.*, t. II.
(3) Chomel, *Nouveau journal de médecine*, t. VII.

c'est précisément ce qui arrive dans le cas de fièvre intermittente dont chaque accès, comme nous l'avons établi précédemment, est le résultat d'une irritation locale courte et passagère, et le plus souvent d'une congestion inflammatoire de la muqueuse digestive.

Il résulte de ce que nous venons de dire qu'on ne peut plus révoquer en doute la disparition d'une phlegmasie après la mort, et que cette disparition est d'autant plus prompte et plus facile que la phlegmasie a duré moins long-temps et a présenté un caractère d'acuité et de mobilité plus marqué, comme dans la plupart des irritations périodiques qui constituent les fièvres intermittentes ordinaires. Donc le petit nombre de faits d'anatomie pathologique où l'on n'a point trouvé de traces d'inflammation ou de subinflammation à la suite des fièvres intermittentes ne prouvent point que ces lésions n'aient pas existé pendant la vie, puisqu'elles ont pu disparaître après la mort, d'autant plus qu'elles se trouvent dans les conditions les plus favorables à leur disparition.

ARTICLE III.

DES COMPLICATIONS DES LÉSIONS GASTRO-ENTÉRIQUES OU DES ENGORGEMENTS DU FOIE, DE LA RATE, DU MÉSENTÈRE, SUITE DES FIÈVRES D'ACCÈS.

Nous venons de parler des lésions organiques, primitives et presque constantes, qu'on trouve chez les individus affectés de fièvres intermittentes et rémittentes ordinaires ; mais les lésions gastro-entériques ne sont pas les seules ; nous en avons fréquemment indiqué d'autres qui se développent dans les viscères abdominaux durant le cours des fièvres dont il s'agit ; tels sont en particulier les engorgements ou diverses altérations de la rate, du foie, du mésentère, etc. Quelques unes de ces lésions sont tellement fréquentes, qu'elles sont devenues, dans l'histoire des fièvres d'accès, un objet spécial et presque unique d'investigation pour quelques observateurs. C'est ainsi que Senac donne une très grande importance au foie dans le développement des fièvres intermittentes, et dans la fréquence des engorgements abdominaux qui en sont la suite. M. Portal, qui s'est toujours particulièrement occupé des maladies du foie, fait jouer le principal rôle au système hépatique dans la théorie des fièvres d'ac-

cès, et dans le nombre des lésions organiques qu'on rencontre sur les individus qui y succombent. M. Audouard et quelques médecins anglais ont donné toute leur attention à l'état de la rate chez les personnes affectées de fièvres intermittentes; et, selon eux, c'est dans cet organe que réside exclusivement le siége de ces fièvres, c'est la rate dont les lésions sont les plus constantes et les plus notables à la suite des fièvres dont il s'agit. On se rappelle que le célèbre Baglivi, d'après certaines fièvres rémittentes, endémiques dans les Etats romains, ne tenait compte que de la lésion du mésentère, parce que dans l'examen attentif qu'il avait coutume de faire de ce viscère, il lui avait paru presque exclusivement affecté dans ces fièvres, qu'il nomma pour cette raison *mésentériques*.

Rendons grâce aux observateurs dont la longue et persévérante investigation nous a mieux fait connaître l'état de certains viscères à la suite des fièvres rémittentes et intermittentes; enregistrons le résultat de leur observation, comme des matériaux sans doute très précieux pour l'histoire générale de ces maladies, mais nullement propres à l'établissement d'une théorie médicale quelconque, parce qu'une bonne théorie doit avoir des bases larges et solidement établies; or, de telles bases ne peuvent être que la conséquence de l'universalité des faits et de l'examen comparatif de tous les matériaux contenus dans les annales de la science et fournis par les observateurs de tous les temps.

On sait qu'on a beaucoup agité les questions suivantes : Est-ce la fièvre intermittente qui produit les obstructions des viscères abdominaux? Sont-ce ces obstructions qui développent la fièvre dont il s'agit? On a beaucoup disputé sans s'entendre, et sans tomber d'accord, sur la solution qui convient à chacune de ces questions; mais, avant de les aborder, ces questions, il nous semble qu'il aurait fallu d'abord convenir du sens précis qu'on doit attacher à ces mots si vagues et si impropres d'*obstructions*, d'*engorgement*, d'*empâtements du ventre*, de *gâteaux fébriles*, et quelle est la nature de la maladie qui constitue ces altérations organiques. Si l'on procède de ce qui est bien connu à ce qui l'est moins, de ce qui est placé à l'extérieur, et qu'on peut voir, toucher, examiner sous toutes ses formes, à ce qui est placé à l'intérieur, et pour lequel on n'a plus les mêmes moyens d'investigation qu'après la mort des malades, on verra que ce qu'on regarde à l'extérieur comme un engorgement, une obstruction,

suivant la théorie de Boerhaave, n'est que l'augmentation de volume d'un organe quelconque, dont l'irritation provoque un appel et une surabondance de fluides ; ces fluides, par leur qualité et leur arrangement, lui impriment certaines modifications de texture qui constituent, tantôt un clou, un phlegmon, un éléphantiasis ; tantôt un bubon, un carcinome, un broncocèle, une parotide, etc., c'est-à-dire tout autant d'irritations inflammatoires et subinflammatoires, dont les caractères varient suivant l'organisation et le degré de vitalité de chacune des parties affectées. Or, la même chose se passe à l'intérieur ; et lorsque le foie, par exemple, s'engorge, c'est parce qu'un stimulant quelconque, direct ou indirect, sympathique ou essentiel, dirige vers lui un afflux inaccoutumé de liquides : il ne s'agit donc point d'un afflux sans appel, ni d'un engorgement passif déterminé par la stase du sang, par l'inertie ou la faiblesse des vaisseaux capillaires, qui se laissent dilater et obstruer, comme le veulent les médecins antiphysiologistes ! Il est vrai qu'on ne peut pas toujours reconnaître d'où vient la stimulation ; mais n'est-ce pas le plus souvent parce qu'on ne tient pas assez compte de cette vérité incontestable, qu'il suffit de l'irritation portée à l'orifice du conduit excréteur d'une glande quelconque, pour que l'action de celle-ci soit augmentée et même portée à l'état morbide ? N'est-ce pas, en effet, ce qui a lieu fréquemment dans le cas dont il s'agit ? Et si tous les organes contenus dans l'abdomen ne sont pas également susceptibles de devenir le siége d'engorgements ou d'obstructions durant le cours des fièvres d'accès, n'est-ce pas parce que ces organes sont loin d'être dans un rapport aussi immédiat les uns que les autres avec la muqueuse digestive, dont l'irritation est ordinairement la première et principale source des phénomènes fébriles intermittents ? C'est un fait reconnu qu'on voit rarement le péritoine, les reins, la matrice, la vessie, devenir le siége de congestions inflammatoires et subinflammatoires qui constituent les obstructions, tandis qu'elles se développent de préférence dans les organes annexés au tube digestif, et dont les fonctions concourent au grand acte de l'assimilation ; de là ces engorgements hypocondriaques, ces *gros foies*, ces *grosses rates*, et ce que les Anglais appellent les *gâteaux* des fièvres intermittentes. Donc les engorgements, les obstructions qui se développent assez souvent à la suite de ces fièvres, constituent des affections tout-à-fait analogues à celles

dont nous venons de parler, et qui ont leur siége à l'extérieur du corps.

La théorie des engorgements dont il s'agit est facile à concevoir, si l'on examine attentivement l'organisation et le mode particulier de vitalité des organes glanduleux annexés au canal digestif; si l'on réfléchit que les phlegmasies s'y présentent ordinairement sous forme chronique, qu'il leur faut un temps assez long (1) pour se débarrasser d'une congestion même peu considérable de fluides; si l'on réfléchit que ces organes ne se prêtent pas facilement, comme les membranes muqueuses, à cette espèce de surexcitation vitale périodique, de congestion passagère, de flux et de reflux du sang de la peau et des membres dans les viscères, *et vice versâ*, qui constituent tout accès de fièvre intermittente. Mais si, par suite de cet accès, il s'opère souvent une congestion de fluides plus ou moins marquée dans les annexes du tube digestif, ce n'est pas par cela seul que ces fluides abandonnent momentanément l'extérieur du tronc et des membres; car, dans cette supposition, pourquoi toutes ces annexes ne s'engageraient-elles pas en même temps, et dans tous les cas de fièvres intermittentes? Pourquoi trouverait-on le foie et le pancréas spécialement engorgés lorsque c'est la muqueuse duodénale qui est affectée, la rate plus promptement obstruée lorsqu'il y a des lésions dans le bas-fond ou la grande courbure de l'estomac, enfin certaines portions du mésentère plus particulièrement altérées, lorsque ce sont les parties correspondantes de la muqueuse intestinale qui ont été diversement lésées ou enflammées? Il y a donc une cause qui, au moment du reflux du sang de l'extérieur à l'intérieur, appelle plus spécialement ce fluide vers certains organes; cette cause, c'est l'irritation d'une portion plus ou moins étendue de la muqueuse digestive, et par suite la stimulation qui en résulte vers les organes qui lui correspondent immédiatement.

Mais ce que nous venons de dire n'a point lieu d'une manière si constante que cela ne souffre des exceptions, même assez nom-

(1) « C'est un fait connu par des expériences multipliées, et par l'observation la plus constante, que les viscères parenchymateux ont un sentiment plus mou, plus obscur que les viscères membraneux, et que la même cause qui produit ordinairement sur ces derniers des inflammations vives, ne fait naître le plus souvent, dans les premiers, que des inflammations sourdes, et, pour ainsi dire, des demi-inflammations ou des inflammations lentes. » (Pujol, *OEuvres diverses de médecine pratique*, t. I.)

breuses, et dont il est encore facile de se rendre compte. On conçoit en effet que, quelle que soit la nuance d'irritation de la muqueuse digestive, qui, par son influence sympathique sur les systèmes circulatoire et cérébro-spinal, développe le frisson, les tremblements, les pandiculations et les autres symptômes de la fièvre intermittente; quel que soit son siége le long du canal digestif, on conçoit, disons-nous, que, par son reflux violent et considérable à l'intérieur, le sang soit obligé de s'accumuler dans le foie et surtout dans la rate, dont le tissu moins résistant s'oppose peu à son gonflement ou à son ampliation; on conçoit que cette ampliation subite, violente et répétée à chaque accès fébrile, puisse bien souvent devenir la source d'une affection chronique, et quelquefois d'une désorganisation rapide de cet organe. On pourrait ajouter à la cause d'obstruction ou d'engorgement dont nous venons de parler celle qui résulte de l'ébranlement communiqué à tout l'appareil digestif, et de la compression exercée sur lui par la constriction, le resserrement de la peau, et surtout par les contractions plus ou moins violentes des muscles abdominaux, les pandiculations des membres, etc., qui ont lieu pendant le frisson de la fièvre intermittente.

Il est vrai qu'on voit des individus conserver des fièvres intermittentes pendant assez long-temps sans qu'il survienne aucun engorgement, aucune obstruction dans les organes annexés à la muqueuse digestive; ce qui peut provenir, soit de ce que les portions irritées, enflammées, de cette membrane ne correspondent pas à l'embouchure de leurs conduits excréteurs, ou se trouvent plus ou moins éloignées de ces organes, soit de ce que la congestion passagère dont ils sont le siége pendant chaque accès fébrile n'est pas portée assez loin pour que l'équilibre fonctionnel ne puisse être rétabli parfaitement durant l'intermission. Mais si par des circonstances opposées, si par la prédisposition de ces organes, l'équilibre ne se rétablit point entièrement entre les accès; si le changement, déterminé par l'accumulation du sang dans leur mode d'action organique, persiste assez long-temps pour qu'il reste un premier noyau d'engorgement dans l'intervalle d'un accès à l'autre; alors chaque nouvel accès ne fait que l'accroître, et cet engorgement arrive bientôt progressivement à un volume assez considérable pour amener peu à peu ou rapidement la destruction des organes dont il s'agit.

De toutes les lésions trouvées dans les annexes du canal diges-

tif à la suite des fièvres intermittentes, celles de la rate sont sans contredit les plus fréquentes et les plus remarquables; mais ces lésions ne sont point la cause productrice de ces fièvres, 1° parce que souvent la rate s'engorge ou s'affecte de diverses manières sans donner lieu à des fièvres d'accès; 2° parce que le mode de souffrance de cet organe est ordinairement chronique, latent; ses lésions se développent d'une manière obscure et sans influence sympathique sur les principaux viscères dont le trouble fonctionnel seul constitue toute espèce de fièvre; 3° parce que si l'on attaque et guérit promptement les fièvres d'accès, on prévient constamment la lésion de la rate. Pendant trente ans de pratique dans toute la Sologne, M. Latour n'a jamais vu survenir l'engorgement de la rate que chez les individus qui, par une raison quelconque, négligeaient de se faire traiter, et surtout chez les pauvres qui trouvaient le quinquina trop cher. C'est une vérité incontestable que l'engorgement et les autres lésions de la rate ne surviennent jamais qu'après un certain nombre d'accès fébriles. Or, l'on ne peut pas dire que ces lésions soient cause de la fièvre intermittente, puisque c'est elle qui les précède, et qu'un effet ne peut précéder sa cause; 4° parce qu'on peut guérir les fièvres d'accès compliquées d'affections hépatiques avant que la rate soit rendue à son état normal, et parce que l'on voit très souvent les lésions de cet organe persister après la disparition des fièvres dont il s'agit. Plusieurs praticiens, entre autres M. Latour, ont même observé que quand l'engorgement de la rate était arrivé à un grand développement, presque toujours la fièvre d'accès cessait pour faire place à une fièvre continue, lente et chronique. Sydenham semble avoir fait cette remarque relativement au mésentère quand il dit que, chez les enfants atteints de fièvre d'accès, cette fièvre était près de sa fin, alors que le ventre grossissait beaucoup.

Ce que nous venons de dire de la rate peut s'appliquer également au foie, au pancréas, au mésentère, etc., pour les divers genres d'altérations que ces organes peuvent présenter à la suite des fièvres intermittentes. Toutefois on n'en conclura point que ces organes, surtout le foie et la rate, ne sont jamais susceptibles de lésions aiguës capables d'occasionner de la douleur et des phénomènes sympathiques et fébriles; une telle conclusion serait contraire à l'observation. Nous avons nous-même rapporté précédemment des exemples de splénites et d'hépatites accompagnées de douleur et de fièvre symptomatique; mais ce ne sont là que des cas fort

rares ; et nous entendons ici parler de ces engorgements du foie et de la rate, de ces altérations du mésentère qui se développent si fréquemment à la suite des fièvres intermittentes de longue durée, comme de la plupart des fièvres tierces et quartes automnales. Nul doute que ces sortes de lésions organiques ne soient occasionnées par les fièvres dont il s'agit, parce qu'elles ne surviennent que quand ces fièvres ont déjà duré un temps plus ou moins long; parce que dans le cas où les engorgements du foie, de la rate, etc., déterminés par une violence externe ou toute autre cause existaient déjà lorsque la fièvre intermittente survient, celle-ci leur fait faire des progrès plus ou moins rapides ; parce qu'en faisant cesser promptement la fièvre d'accès, on empêche la naissance de ces lésions, ou leur augmentation si elles avaient déjà commencé à se manifester quand la fièvre est survenue ; enfin parce que tous les moyens curatifs dirigés contre les engorgements du foie et de la rate sont presque toujours infructueux tant que la fièvre intermittente persiste, tandis que celle-ci une fois arrêtée, les lésions dont il s'agit cèdent plus ou moins promptement à une médication convenable. Voici d'ailleurs de quelle manière on peut concevoir le développement de ces lésions organiques, sous l'influence de la fièvre intermittente.

Quand l'accès fébrile commence, le sang et les humeurs refluent des membres et de toute la périphérie du corps dans les viscères, et cela avec d'autant plus de force que le frisson et les tremblements qui caractérisent la première période de l'accès sont plus longs et plus prononcés. A cet égard, chaque accès de fièvre intermittente nous donne la représentation de ce qui a lieu à l'invasion de toute phlegmasie aiguë, surtout viscérale et parenchymateuse, laquelle est presque toujours précédée de frissonnements plus ou moins marqués. Dans un accès de fièvre intermittente ordinaire, quoique appelé spécialement sur le système digestif, le sang afflue dans tous les viscères ; de là cette gêne momentanée de la respiration, le ralentissement des battements du cœur, et par suite le retard, l'embarras momentané de la circulation ; de là aussi l'accumulation du sang dans la veine porte et son reflux dans les veines mésaraïques, spléniques, hépatiques. Si, de tous les organes annexés au canal digestif, la rate est celui dont la lésion se prononce plus rapidement à la suite de ces afflux répétés, de ces congestions sanguines périodiques, c'est pour deux raisons principales. La première

tient à sa position et à ses rapports avec l'estomac, organe primitivement et principalement irrité, sur lequel par conséquent se concentre particulièrement le sang qui reflue de l'extérieur? Or, d'après l'habitude qu'a l'estomac dans l'état sain de se débarrasser du superflu du sang au moyen des vaisseaux courts qui le transportent dans la rate, on conçoit que la même opération ait lieu à plus forte raison dans un moment où l'estomac est, comme le dit Sénac, *obrué* par le sang qui y afflue de toutes parts pendant le frisson fébrile.

Il est vrai que les engorgements du foie et de la rate se développent pendant la première période de l'accès fébrile ; nous en avons expliqué la raison, et cette raison n'exclut pas la nature inflammatoire de ces engorgements, puisque la plupart des inflammations un peu importantes débutent presque toujours par un frisson au moment où le sang abandonne la périphérie du corps pour se concentrer sur un ou plusieurs organes. Ce n'est point seulement du sang veineux qui *stagne* alors dans le foie ou dans la rate, c'est encore du sang artériel qui y afflue, quelquefois même avec une telle violence et une telle quantité qu'il y a rupture et hémorrhagie interne, comme nous en avons rapporté des exemples. La deuxième raison tombe d'elle-même, puisqu'il est prouvé aujourd'hui, surtout par les faits recueillis par MM. Andral et Louis, que l'engorgement de la rate est un des caractères les plus constants de la fièvre maligne ou typhoïde continue; d'ailleurs la fréquence des engorgements dans les fièvres quartes ne provient point de ce que leur type est plutôt quarte que tierce, quotidien ou continu; elle provient uniquement de ce que le frisson dans les fièvres quartes est en général plus intense et plus prolongé que dans toute autre fièvre.

La troisième raison est encore de nulle valeur si l'on réfléchit qu'un engorgement, bien qu'il soit de nature inflammatoire, ne doit pas nécessairement provoquer de la fièvre ou des influences sympathiques sur les principaux viscères. Combien n'y a-t-il pas d'organes dont l'importance et l'irritabilité sont bien autrement prononcées que celle de la rate et du foie, et qui cependant peuvent être enflammés à un certain degré sans occasionner de la fièvre ! Il ne faut donc pas s'étonner que cela puisse avoir lieu pour la rate, dont le mode de souffrance est presque toujours latent, et qui joue un si faible rôle dans l'économie. Aussi est-on forcé de reconnaître que le foie, qui joue déjà un rôle plus im-

portant que la rate, ne peut être long-temps et fortement engorgé sans développer une fièvre sympathique assez marquée, ou sans que la fièvre d'accès qui provoque cet engorgement ne passe à la continuité. D'ailleurs la nature des altérations de la rate et du foie est le plus souvent telle qu'il est impossible de ne pas y reconnaître un effet de l'inflammation. MM. Audouard et Bailly rapportent plusieurs cas dans lesquels l'état putrilagineux de la rate et la phlegmasie correspondante de l'estomac étaient si marqués qu'ils ne laissaient aucun doute sur la nature inflammatoire de l'engorgement dont il s'agit.

D'après ces derniers faits, d'après ceux que nous avons rapportés précédemment, et tout ce que nous avons dit, il nous semble qu'il est facile de se rendre compte de l'engorgement des viscères abdominaux, et d'expliquer la fréquence de celui de la rate par ses rapports plus intimes avec l'organe primitivement et principalement irrité dans la plupart des fièvres intermittentes et rémittentes ordinaires. Après l'engorgement de la rate, c'est celui du mésentère qui est le plus fréquent et le plus remarquable; parce qu'un grand nombre de fièvres intermittentes, et surtout de fièvres rémittentes graves, proviennent de la lésion des intestins grêles, particulièrement de l'iléon. La partie de cet intestin qui avoisine la valvule iléo-cœcale est après l'estomac le point le plus souvent irrité et le plus sujet à des lésions organiques plus ou moins graves et profondes, à cause du grand nombre de glandes et de follicules dont cette partie est pourvue, et auxquels l'irritation de la muqueuse ne tarde point à se communiquer. On conçoit aussi que l'analogie de structure, la multiplicité des glandes et des vaisseaux lymphatiques du mésentère et les rapports immédiats de cet organe avec les intestins grêles soient cause de la transmission si fréquente de l'irritation de ceux-ci à celui-là ; aussi trouve-t-on presque toujours engorgées les glandes du mésentère correspondantes à la portion d'intestins qui se trouve lésée ou altérée plus ou moins profondément. Ce n'est pas seulement à la suite d'un grand nombre de fièvres rémittentes et intermittentes qu'on trouve les lésions dont il s'agit; mais elles paraissent encore constituer le caractère anatomique des fièvres continues ataxiques, adynamiques ou typhoïdes ; ces lésions ou altérations organiques sont si constantes dans ces fièvres que plusieurs observateurs les avaient depuis long-temps signalées ; mais elles n'ont été bien observées et décrites que depuis l'origine

de la doctrine physiologique, c'est-à-dire depuis l'étude et l'attention toute particulière provoquées sur les organes digestifs par les travaux de M. Broussais ; c'est-à-dire depuis que cet illustre praticien, ce grand observateur, ce scrutateur infatigable, eut fait connaître toute l'importance du canal digestif et le rôle principal et souvent primitif que joue son irritation inflammatoire ou subinflammatoire dans presque toutes les fièvres graves, continues, rémittentes et intermittentes. Ce n'est pas seulement en France qu'on a poussé très loin la connaissance et la description des lésions intestinales et mésentériques à la suite de ces fièvres ; des observateurs étrangers les ont également signalées depuis plusieurs années, entre autres M. Neumann, médecin de l'hôpital de la Charité de Berlin, qui, peu de temps après la publication du *Traité sur la fièvre entéro-mésentérique*, faite par MM. Petit et Serres, fit paraître un Mémoire sur une espèce de fièvre qu'il dit régner épidémiquement à Berlin, et qu'il compare au typhus. La description, que donne M. Neumann des symptômes de cette fièvre et des lésions organiques qu'il a trouvées sur les cadavres, est assez semblable à celle de la fièvre entéro-mésentérique, et ressemble surtout aux affections appelées gastro-entérites pestilentielles ou typhoïdes par M. Broussais, entérites folliculeuses par MM. Grimaud et Scoutetten, exanthème intestinal ou fièvre ataxo-adynamique par MM. Andral et Lherminier, dothinentérie par M. Bretonneau, et fièvre typhoïde par MM. Louis, Chomel et autres.

Une autre raison de la fréquente obstruction de la rate dépend de sa propre texture qui, naturellement plus molle et plus extensible, se prête mieux que tous les autres viscères à une dilatation considérable, à une ampliation qui parfois est portée si loin que son tissu, doué d'ailleurs d'une faible propriété contractile, n'a plus la faculté de revenir à son premier état, de reprendre exactement sa forme primitive. Or on conçoit que de telles secousses, de tels afflux, puissent en se répétant ajouter chaque fois au volume de la rate, et amener des changements plus ou moins remarquables dans la texture de cet organe. Il arrive aux annexes du canal digestif, surtout au foie et à la rate, ce qui a lieu à l'extérieur, ce qu'on voit se passer sous les yeux dans les accès ou les redoublements périodiques des subinflammations externes, comme dans le pérical, dans l'éléphantiasis, etc. Dans ce dernier, par exemple, chaque fois que la corde noueuse des ganglions lymphatiques devient douloureuse, et provoque un appel

plus ou moins considérable de fluides, chaque fois aussi le tissu cellulaire correspondant s'engorge de proche en proche, et le membre acquiert peu à peu un volume double, triple, quadruple, et qui va en augmentant à chaque accès subinflammatoire. Il en est de même des engorgements blancs des membres abdominaux à la suite des accès fébriles périodiques occasionnés par l'irritation de la matrice chez les femmes nouvellement accouchées, dont les lochies ont cessé trop rapidement de couler, ou qui ont commis quelque imprudence, comme dans l'observation sous le nº 450. Chez la femme dont il s'agit, les parties génitales externes et la jambe droite acquéraient un volume sensiblement plus grand à chaque accès ou redoublement fébrile.

Ce que nous venons de dire de l'engorgement de la rate est si vrai, et le mécanisme de sa formation si exact, que plus d'une fois il a été confirmé par des opérations critiques de la nature qui ont amené la guérison ou la mort des malades. On trouve dans les auteurs plusieurs exemples d'engorgement de la rate, suite de fièvre intermittente, lesquels, même après la disparition de la fièvre, avaient résisté à tous les moyens employés pour les résoudre, et qui se sont dissipés heureusement par un mœlena abondant ou par des selles répétées d'un sang noirâtre. Dans ces cas, la rate ne semble-t-elle pas avoir rendu à l'estomac, mais d'une manière rapide et critique, ce qu'elle avait reçu précédemment de cet organe?

Salius rapporte qu'une femme, à la suite d'une fièvre intermittente opiniâtre, présentait une tuméfaction très considérable et douloureuse de la rate. On lui donna une médecine dont l'effet très actif provoqua des vomissements et des selles d'un liquide rouge et purulent; après avoir rendu plus de quatre livres de sang corrompu, elle fut complétement délivrée de son engorgement splénique.

Un malade ayant négligé pendant deux ans une fièvre intermittente, présenta une rate enflée, dure et si volumineuse qu'elle remplissait les deux tiers de la région épigastrique et tout l'hypocondre gauche. Après des lypothimies effrayantes, ce malade vomit une quantité énorme de pus, mêlé de sang fétide et coagulé; il en rendit de même par les selles. La tumeur s'affaissa en proportion, et une guérison complète s'ensuivit. Un autre individu, à la suite d'une fièvre intermittente, eut la rate si grosse qu'elle donnait à son ventre toute l'apparence d'une hydropisie ascite.

Il conservait néanmoins un teint assez bon et l'embonpoint de la santé. On lui conseilla des moyens capables d'attaquer et de résoudre cet engorgement ; mais rien ne put décider le malade à suivre ce conseil et à entreprendre un traitement dont il redoutait la longue durée. Deux ans après, il eut une diarrhée de matière couleur d'encre, qui dura cinq à six jours, et qui le délivra de l'embarras énorme de la rate. Ainsi la nature vigilante et sage fit en faveur de ce malade ce que l'art pouvait espérer des moyens proposés (1).

Bonnet rapporte qu'un vieillard étant mort subitement par suite d'une obstruction de la rate et sans avoir éprouvé ni vomissements ni déjections, il trouva à l'ouverture du cadavre l'estomac distendu par un énorme caillot de sang corrompu et noirâtre; les parois de cet organe n'étaient point affectées (2). Riolan et Riedlet ont trouvé, chez des individus morts à la suite de vomissements et de selles abondantes d'un sang noir, les vaisseaux courts de la rate très dilatés, du volume du petit doigt ou du médius, et qui s'ouvraient évidemment dans l'estomac. Hoffmann dit qu'un homme avait depuis long-temps une fièvre quarte qui, traitée par un empirique, fut de longue durée. L'état du malade se détériora ; sa face devint livide et plombée, ses paupières gonflées, ses forces languissantes ; puis il lui survint une tension des hypocondres avec constipation. Enfin après s'être échauffé par un voyage à pied et s'être mis en colère, il éprouva tout-à-coup un vomissement abondant de matières noires ; il rendit en même temps par les selles des matières très fétides et semblables à de la poix noire. Il ne tarda pas à succomber, et l'autopsie fit voir les vaisseaux courts rompus et remarquables par leur couleur noire ; on remarquait dans leur cavité et dans celle du tube digestif des matières semblables à celles qui avaient été rendues par le malade ; la rate avait presque la dureté du cartilage à l'extérieur, mais à l'intérieur son tissu était mou et gorgé de sang noir ; le foie était un peu plus dur et plus volumineux que dans l'état sain (3).

Sénac, MM. Portal (4) et Bailly rapportent des exemples de fièvres intermittentes dans lesquels l'engorgement de la rate fut si

(1) Latour, *Causes des hémorrhagies*, t. II.
(2) *Sepulchretum.*
(3) *Opera medica de vomitu cruento.*
(4) *Anatomie pathologique*, t. III.

grand et si rapide à la suite de frissons fébriles prolongés, qu'il y eut rupture de l'enveloppe de cet organe et une hémorrhagie mortelle dans l'abdomen.

D'après ce que nous venons de dire, il n'y a pas de doute que ce ne soit par suite des phénomènes qui caractérisent le premier stade d'un accès fébrile que se développent les engorgements de la rate, du foie, du mésentère, etc.; mais est-ce là une preuve qu'ils ne sont pas de nature inflammatoire, et qu'ils sont dus à une stase, à une accumulation toute passive de sang dans ces organes? Est-ce là une preuve qu'ils résultent d'un embarras de la circulation tel que les fluides qu'ils contiennent ne circulent plus dans leurs vaisseaux, qui se trouvent gorgés et obstrués, comme l'indique le mot *obstruction* dont se servirent les anciens pour exprimer leur théorie à cet égard? S'il y a encore quelques médecins modernes qui, par un excès de zèle antiphysiologique, embrassent l'opinion des anciens, ce nombre est certainement fort petit, et les raisons qu'ils allèguent pour la soutenir sont de bien faible valeur, puisqu'ils se bornent à dire que les engorgements ou les obstructions dont il s'agit, ne sont pas inflammatoires 1° parce qu'ils ne surviennent que pendant la période de froid d'un accès fébrile, temps pendant lequel la circulation étant embarrassée, il ne peut y avoir que des congestions passives; 2° parce que, s'ils étaient de nature inflammatoire, on les verrait plus souvent se développer dans les fièvres continues graves, dans les gastro-entérites ordinaires, tandis qu'ils se montrent de préférence dans des fièvres dont l'apyrexie est la plus longue, comme dans les fièvres quartes, dont le type principal s'éloigne le plus de celui qu'adoptent les phlegmasies; 3° parce que, si ces obstructions étaient de nature inflammatoire, leur existence provoquerait ou entretiendrait un mouvement fébrile continu, tandis qu'elle n'empêche pas les apyrexies, ou les intermittences les plus parfaites d'avoir lieu.

Nous avons précédemment démontré que, si durant la période de froid d'un accès fébrile, la vie et la chaleur se trouvaient en moins à l'extérieur du corps, elles étaient en plus dans les viscères, et en proportion du mode de vitalité reparti à chacun d'eux dans l'état de santé; nous avons expliqué pourquoi les engorgements du foie, de la rate, etc., étaient si fréquents dans les fièvres intermittentes, tout en reconnaissant qu'ils n'étaient pas rares à la suite des gastro-entérites ou des fièvres continues graves; nous

avons prouvé aussi qu'il y avait des organes, surtout parenchymateux, dont les inflammations, sous forme lente et chronique, pouvaient aller jusqu'à la désorganisation la plus profonde sans exercer des sympathies, par conséquent sans provoquer la fièvre; enfin nous avons par avance répondu assez longuement aux trois dernières objections dont il s'agit, pour que nous soyons dispensé d'y revenir.

ARTICLE IV.

SUITE DES COMPLICATIONS. HYDROPISIE, ANASARQUE, OEDÈME, QUI ACCOMPAGNENT LES FIÈVRES D'ACCÈS.

Il y a encore d'autres lésions organiques ou complications qu'on observe assez souvent à la suite des fièvres intermittentes, surtout lorsqu'elles présentent le type quarte et que leurs accès se répètent un grand nombre de fois, ce sont l'anasarque, l'hydropisie, particulièrement l'ascite, l'œdème des testicules et des extrémités des membres abdominaux. Il n'est pas rare même que ce genre d'irritation du système exhalant ou lymphatico-sécrétoire, ne survienne après un petit nombre d'accès. Lind a observé une épidémie de fièvres intermittentes dans laquelle la plupart des malades étaient attaqués d'hydropisie immédiatement après les premiers accès fébriles. C'est ce qui arrive particulièrement quand le frisson en est vif et prolongé, surtout chez les individus d'une constitution lymphatique, ou qui, par leur position, leur manière d'être, se trouvent dans des circonstances propres à paralyser la réaction vitale qui constitue la dernière période de l'accès soit le reflux du sang et des humeurs qui, des viscères et en particulier de l'appareil digestif, se portent à la surface cutanée pour y provoquer la transpiration et donner lieu à des sueurs plus ou moins abondantes. Tel est le cas des individus qui éprouvent des accès de fièvre intermittente hors d'une habitation où ils puissent recevoir des soins, comme en voyage, au bivouac, au milieu de vastes pâturages pour les bergers de la Bresse et de la Savoie. Dans tous ces cas, faute d'un repos et d'une chaleur convenables et propres à favoriser l'exhalation cutanée, presque tout l'accès fébrile se passe en frissonnements et en chaleur partielle ou passagère qui n'amène aucune crise par la transpiration et les sueurs. Il peut arriver alors, suivant la disposition des malades, qu'il n'y ait que peu ou point d'apyrexie, et que

la fièvre passe rapidement à la continuité; il peut arriver aussi que le déplacement de l'irritation gastro-entérique ait lieu dans les reins par une sécrétion très abondante d'urines briquetées, ou bien sur la membrane péritonéale, où elle provoque une exhalation extraordinaire de fluides séreux, puis dans les bourses et les extrémités des membres abdominaux, d'où résultent l'ascite et l'engorgement œdémateux des parties dont il s'agit. Dans ces divers cas, le déplacement de l'irritation qui provoque l'accès fébrile a toujours lieu de la même manière: c'est toujours une irritation supplémentaire ou critique qui s'opère par le même ordre de vaisseaux sécréteurs ou exhalants; il n'y a de différence que dans le choix des organes; mais ce choix des organes en apporte lui-même une très grande dans les résultats, parce que l'action des reins ou l'exhalation péritonéale étant portées trop loin, constituent une véritable maladie, aussi grave et même plus dangereuse que celle qu'elle a remplacée par un mouvement critique analogue à celui des sueurs, toutefois avec l'énorme différence que celui-ci reste dans l'ordre physiologique et ne laisse aucune trace matérielle de son existence. Il n'en est pas de même des autres irritations critiques dont nous venons de parler : dans l'ascite, le résidu de la supersécrétion ou du surcroît d'exhalation reste sur place, et devient lui-même un nouveau centre de fluxion aussitôt que l'accès fébrile, dont il a été la suite, se répète ; alors l'hydropisie augmente à la fois pendant la première période de l'accès et pendant la dernière; de telle sorte qu'elle arrivera bientôt au point de déranger les principales fonctions organiques et de compromettre la vie des malades ; il en est de même avec des chances moins graves de l'œdème des bourses et des membres inférieurs, à moins qu'il ne disparaisse chaque fois durant l'intermittence, ce qui est assez rare. Quant à l'irritation supplémentaire des reins, bien que le résidu en soit évacué par la vessie, il peut persister à un certain degré, et constituer bientôt une néphrite ou un diabète, comme nous en avons rapporté des exemples. Il est vrai que le plus souvent l'irritation sécrétoire des reins ou du péritoine, quand elle est très marquée, remplace définitivement et prévient le retour de l'irritation gastro-entérique qui constitue l'accès fébrile. Nous avons rapporté plusieurs exemples de cette mutation morbide ou de ce déplacement critique. Nous citerons encore celui d'une meunière, accouchée nouvellement, qui nourrissait son enfant et se portait parfaitement bien, quand,

huit jours après son accouchement, le fracas occasionné par l'écroulement d'une roue du moulin lui causa tant de frayeur que son lait fut supprimé totalement. Il survint un mouvement fébrile continu qui se changea en fièvre tierce. Les jambes s'infiltrèrent d'abord; puis au bout de trois semaines il y eut anasarque, ascite, etc., c'est-à-dire plusieurs déplacements successifs d'irritations diverses (1). Nous avons voulu faire connaître ce fait, parce qu'on le donne comme une preuve des maladies humorales!

M. Nepple dit qu'il a vu un individu, âgé de quarante ans, établi depuis peu de temps dans le pays d'étangs comme maître fermier, être guéri spontanément, au second accès d'une fièvre tierce violente, par la formation rapide d'une collection aqueuse dans le ventre. Chez un autre, l'épanchement séreux se fit dans l'articulation du genou (2). Il peut arriver aussi que l'ascite ou l'œdème des membres soient la suite d'une suppression trop brusque ou trop rapide de la fièvre intermittente, soit par une secousse morale, comme nous venons de le voir, soit par l'administration peu méthodique du quinquina.

D'après une opinion assez accréditée en médecine, on soutient que l'ascite et l'œdème des membres inférieurs, dans les cas de fièvre intermittente, sont la suite de l'obstruction des viscères abdominaux; cette opinion nous paraît sans fondement. Il peut sans doute arriver que toutes ces complications aient lieu en même temps, car elles proviennent de la même cause; mais ce n'est point l'engorgement des viscères qui produit l'hydropisie du péritoine et des membres, parce qu'il n'est pas rare que celle-ci précède ou existe sans celui-là; c'est ce qui arrive particulièrement quand la fièvre intermittente n'est pas suivie de sueurs convenables et que la dernière période de l'accès ne peut avoir un libre cours par suite des circonstances dont nous avons parlé. L'engorgement œdémateux des membres inférieurs survient fréquemment au contraire quand on arrête la fièvre intermittente et à mesure que l'engorgement des viscères se dissipe; il survient dans bien des cas où ce dernier n'existe point et dans plusieurs circonstances où la fièvre, loin de disparaître spontanément, n'a cédé qu'à l'action des remèdes. Dans tous les cas possibles, rien n'empêche de considérer cet œdème consécutif comme un moyen

(1) *Revue médicale*, 1827.
(2) *Ouvrage cité.*

dont se sert la nature pour rompre plus sûrement la tendance aux congestions périodiques abdominales, pour prévenir de nouveaux accès et assurer la guérison des malades ; car c'est un fait certain que la récidive est moins à craindre tant que l'œdème dont il s'agit existe, et qu'elle a fréquemment lieu s'il vient à disparaître tout-à-coup ou plus ou moins rapidement. On a même vu l'enflure des extrémités inférieures et la fièvre d'accès alterner plusieurs fois successivement. S'ensuit-il de là, comme le veut un écrivain moderne, que cette enflure soit le résultat *d'une stagnation veineuse qui amène celle de la lymphe, puis une grande faiblesse dans l'absorption et en dernière analyse l'infiltration des pieds, des jambes, et d'une plus ou moins grande partie du corps?* Est-il vrai aussi que l'*engorgement de la rate tienne à la même cause et nullement à une phlegmasie* (1)? Cette manière de voir ou cette explication, loin d'avoir été *méconnue*, comme le dit le même auteur, n'est-elle pas au contraire celle de plusieurs médecins du moyen âge, qui expliquaient toutes les congestions, tous les engorgements des viscères et autres, par la faiblesse organique ou la stase du sang et des humeurs? C'est là une théorie par trop entachée de mécanisme et d'hydraulique pour qu'elle puisse aujourd'hui paraître *simple et naturelle!* Depuis l'établissement de la doctrine physiologique, il nous semble qu'il n'est plus guère permis d'admettre des hydropisies, des œdèmes, des engorgements par pure faiblesse, *par défaut d'impulsion de la circulation ascendante*, *par débilité du système veineux thoraco-abdominal*, etc. (2). Non, on ne peut plus croire aujourd'hui que le foie et la rate aient été disgraciés de la nature de manière à être si souvent victimes de leur *faiblesse organique!* Peut-on dire que le système veineux soit plus faible que le système artériel? Peut-on dire qu'il y a faiblesse quand la circulation est gênée ou interceptée dans un point quelconque? Combien de fois n'arrive-t-il pas que la pléthore sanguine locale et générale entraîne plus de lenteur dans la circulation! et pourtant cette pléthore n'est-elle pas un signe précurseur d'inflammation? Laissons donc là ces mots de *force* et de *faiblesse morbides*, qui nous induisent si souvent en erreur et qui ont fait sacrifier des milliers de victimes au brownisme, pour ne voir

(1) Nepple, *Essai sur les fièvres rémittentes et intermittentes.*
(2) *Id.. ibid.*

que l'action et le mouvement des organes. Ce mouvement peut être ralenti, activé, troublé, jamais suspendu que par la privation de la vie ; ce n'est pas parce qu'un engorgement est blanc et froid qu'il doit être taxé de faiblesse, pas plus qu'un engorgement rouge et chaud. Les animaux à sang blanc et froid exécutent avec un degré de force et une activité qui leur est propre, les fonctions qui leur sont dévolues, aussi bien que ceux à sang rouge et chaud. La vie est sous l'influence de modificateurs organiques qui varient à l'infini par leur nature et par leur mode d'action ; mais partout où il y a vie, il y a force et mouvement. Même dans les cas d'obstacles mécaniques apportés à la circulation du sang, l'engorgement qui survient n'est point dû à la stase et à la faiblesse; il est au contraire occasionné par l'activité qui s'établit en tous sens dans les vaisseaux lymphatiques, sécréteurs, exhalants, absorbants, qui se chargent momentanément des fluides que le système veineux ne peut contenir ; ils se gonflent, se déploient, se subdivisent, se propagent en tous sens pour trouver une place ou une issue au surcroît de fluides dont la circulation normale est gênée ou arrêtée ; enfin, l'induration blanche, la dégénérescence subinflammatoire et la mort peuvent parfois en être la suite ; tout comme l'induration rouge, la suppuration, la gangrène, sont souvent le résultat d'un engorgement sanguin ou inflammatoire. Il n'y a pas plus de faiblesse dans le premier cas que dans le second.

Nous dira-t-on que c'est par suite de la faiblesse qu'est survenu l'engorgement œdémateux des membres abdominaux dans l'exemple rapporté sous le nº 566 ? Ne reconnaîtra-t-on pas au contraire une irritation subinflammatoire ou lymphatico-sécrétoire qui vient compliquer les accès ou les redoublements fébriles périodiques de la gastro-entérite que le sulfate de quinine semble avoir fait passer à la continuité ? Que pense-t-on qu'il y eût à faire dans un cas aussi grave, qui se rapproche sous quelques rapports de celui retracé sous le nº 450 ? La sécheresse de la langue, la soif vive et continuelle, le pouls petit et fréquent, la pesanteur à l'épigastre, des selles liquides ; tout cela, après l'emploi du sulfate de quinine, ne semble-t-il pas indiquer autre chose que des boissons nitrées et mucilagineuses ? Puisque la malade vécut encore douze jours depuis la manifestation de l'enflure, n'aurait-on pas eu le temps de réappliquer force sangsues, soit sur la région épigastrique, soit au fondement, soit même sur les points les plus

engorgés des membres abdominaux? Des vésicatoires aux jambes, des frictions sèches et irritantes sur toute la surface du tronc et des membres supérieurs; des boissons rafraîchissantes, acidulées bien plutôt que nitrées, tels sont les moyens qui nous auraient paru convenables en pareille circonstance. La trop grande confiance de l'auteur dans l'efficacité du sel de nitre dans les cas d'hydropisie et d'enflure, ne l'aura-t-elle point porté à abuser de ce moyen chez la malade dont il s'agit? Nous reviendrons plus tard sur l'usage qu'on peut faire de ce sel dans les cas dont il s'agit; car nous ne rappelons ici ce fait que pour l'opposer à la théorie hydraulique et asthénique de l'hydropisie et des engorgements œdémateux des membres abdominaux, suite de la fièvre intermittente. Personne, dans ce cas, ne peut penser qu'un engorgement œdémateux, qui s'est terminé par un érysipèle gangréneux, soit dû à la faiblesse ou à la débilité du système nerveux? Ce fait confirme aussi ce que nous avons dit précédemment pour prouver que ce ne sont point les obstructions des viscères abdominaux, surtout du foie et de la rate, qui causent l'œdème et l'anasarque à la suite des fièvres d'accès. En effet, dans l'observation dont il s'agit, la non-existence de ces obstructions n'a pas empêché une enflure considérable de se développer dans les membres abdominaux.

Fondé sur toutes les preuves que nous avons successivement développées et que nous avons tirées de six sources différentes, savoir : 1° de l'analogie reconnue généralement entre les fièvres intermittentes et les maladies périodiques, parmi lesquelles nous avons vu un grand nombre de véritables inflammations, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur; 2° de l'examen des causes, qui nous a fait reconnaître qu'elles sont toutes plus ou moins stimulantes ou capables de produire des inflammations, des subinflammations, et de plus, qu'elles agissent toujours médiatement ou immédiatement sur la muqueuse digestive ; 3° de l'analyse des symptômes, qui nous a conduit à distinguer, dans le groupe de ceux qui constituent la fièvre intermittente et rémittente ordinaire, plusieurs signes constants et non équivoques d'irritation gastro-entérique ; 4° de certains modes de terminaison de la fièvre intermittente, soit par le développement à l'extérieur ou à l'intérieur de diverses phlegmasies qui la remplacent par un mouvement critique, soit par l'expulsion du tube digestif de corps étrangers, vivants ou inertes; 5° de l'accord du plus grand nombre des auteurs les plus re-

commandables, anciens et modernes, sur le siége de cette fièvre qu'ils indiquent précisément dans les organes dont les symptômes nous ont fait voir le trouble durant la vie, et les autopsies, la lésion après la mort; 6° de la très grande majorité des faits d'anatomie pathologique, qui prouvent des lésions diverses ou des traces évidentes d'irritations inflammatoires ou subinflammatoires dans le canal digestif et ses annexes; fondé, disons-nous, sur cette masse de preuves, nous n'hésitons pas à conclure, en thèse générale, que la fièvre intermittente et rémittente ordinaire est toujours symptomatique d'une affection locale, et que cette affection est presque toujours une irritation gastro-entérique dont la nature, la forme, l'étendue et l'intensité varient selon une infinité de circonstances.

On vient de voir sur quelles preuves se fonde la théorie physiologique des fièvres intermittentes; si l'on recherche maintenant quelles sont celles que peut avoir en sa faveur la théorie de l'essentialité de ces fièvres, que trouve-t-on? Rien, absolument rien, si ce n'est le droit d'aînesse et les préjugés. Qu'opposent à la masse de preuves que nous leur présentons, les partisans de l'essentialité, de l'humorisme et de la névrosité? Il opposent à l'analogie, le mépris; aux causes stimulantes et irritantes, une action *débilitante;* à la source des symptômes fébriles provenant d'une irritation locale, primitive et ordinairement gastro-entérique, une autre source qui émane d'un principe morbifique, d'une prétendue viciation des humeurs occasionnée par certaines matières putrides, bilieuses, âcres, pituiteuses, contenues dans les premières voies; ou qui provient d'un fluide nerveux qu'ils font à leur gré accumuler et voyager incognito partout où ils ont besoin de son action exaltée ou pervertie; enfin ils opposent aux lésions organiques produites par une inflammation ou une subinflammation, d'autres lésions causées par des *symptômes essentiels!* Ou bien, et c'est ici une objection à laquelle on veut aujourd'hui attacher beaucoup d'importance, on soutient que les lésions diverses, trouvées constamment dans le tube digestif, ne sont point la cause des fièvres dont il s'agit, parce qu'on trouve ces mêmes lésions à la suite de beaucoup d'autres maladies qui n'ont pas présenté des phénomènes de fièvres graves, continues ou intermittentes, surtout à la suite d'inflammations très intenses des organes pulmonaires. Mais cette grande et solennelle objection prouve-t-elle autre chose, sinon qu'il n'y a presque pas de lé-

sions organiques graves et profondes dans quel point du corps que ce soit, sans que la muqueuse digestive n'y prenne une part plus ou moins active, et ne soit affectée à son tour de diverses manières? Les redoublements, fébriles et périodiques, de certaines phthisies pulmonaires, ne proviennent-ils pas le plus souvent de cette complication? Cette prétendue objection si formidable se borne donc à énoncer un principe de la doctrine physiologique, bien loin qu'elle soit contraire à la théorie qui fait provenir de certaines nuances d'irritations et de lésions du canal digestif la plupart des groupes de symptômes fébriles graves, ou des fièvres continues et intermittentes essentielles. D'ailleurs, n'est-ce pas également un principe de la théorie physiologique, que toutes ces mêmes fièvres, quels que soient leur forme et leur type, puissent se développer sous l'influence d'une lésion aiguë et plus ou moins intense de tout autre organe que ceux de l'appareil digestif?

Laissons maintenant aux médecins instruits et de bonne foi, aux praticiens libres d'opinion et de préjugés, à prononcer de quel côté est la vérité, et de quel côté se trouve l'erreur. Pour nous, la théorie qui établit qu'il n'existe point de fièvres essentielles, et que la plupart des fièvres intermittentes et rémittentes sont occasionnées par une irritation inflammatoire et subinflammatoire de la muqueuse digestive, cette théorie, dis-je, que nous venons de développer, nous paraît raisonnable, et nous avons la plus intime conviction qu'elle est bien fondée. Nous nous sommes efforcé jusqu'à présent d'en démontrer l'exactitude et la vérité; si nous n'avons pas atteint notre but, nous engageons une tête mieux organisée et une plume plus exercée que la nôtre à entreprendre cette tâche, et nous sommes persuadé qu'elle y réussira, parce que nous sommes convaincu que c'est l'exacte vérité, et que la vérité ne peut manquer de se faire jour et de triompher, du moment qu'elle sera présentée dans toute sa force, dans tout son éclat. Nous ne voulons pas dire que ce soit avec la plume qu'on puisse résoudre des questions importantes et établir des vérités en médecine; nous croyons au contraire que ce n'est que par une expérience éclairée et une observation assidue au lit des malades et sur les cadavres; et c'est, parce que nous étions pénétré de cette vérité, que nous nous sommes emparé du résultat de l'observation et de l'expérience de tous les praticiens les plus recommandables, anciens et modernes; c'est pour cette raison que nous avons recueilli tous les faits les plus importants ob-

servés et publiés jusqu'à ce jour sur les fièvres et les affections intermittentes quelconques, pour les coordonner, les analyser et en tirer des conséquences utiles. Il serait bien avantageux, sans doute, que de nouveaux faits vinssent à l'appui de ceux que nous avons déjà, et surtout qu'ils fussent plus propres à résoudre certaines questions encore douteuses; mais combien sont rares les praticiens qui se trouvent placés dans des circonstances favorables pour observer le même genre de maladies sous toutes ses nuances de forme et toutes ses variétés possibles ! Et combien sont plus rares encore ceux qui veulent faire abnégation d'eux-mêmes et du temps consacré aux occupations d'une clientelle brillante, pour mener la vie d'un Bichat, pour se consumer rapidement et tout entiers soit au lit de leurs malades, soit sur les cadavres de ceux que la mort leur ravit ! Combien de médecins qui, placés dans des circonstances favorables pour bien observer et faire des autopsies, ne se donnent pas la peine d'interroger les vivants, à plus forte raison n'interrogent-ils pas les morts ! C'est néanmoins sous le rapport de l'anatomie pathologique qu'on a tant besoin encore de nouvelles et nombreuses recherches dans tous les genres de fièvres graves, continues, et surtout rémittentes et intermittentes. Quant aux faits que nous possédons, on ne peut pas nier qu'ils ne soient déjà d'un très grand poids, parce qu'ils ont été observés à des époques si éloignées les unes des autres, et par un si grand nombre de médecins, qu'on ne peut pas supposer qu'ils aient été influencés par une théorie dominante, ni qu'ils aient vu ce qu'ils avaient intérêt de voir. Il n'est pas rare aujourd'hui qu'on porte la mauvaise foi jusqu'à révoquer en doute la vérité des faits qui sont propres à tels ou tels médecins, lorsqu'ils les apportent à l'appui de leur opinion ou d'une théorie qu'ils ont embrassée. Toutefois, aucun soupçon de ce genre ne peut planer sur ceux que nous rapportons, parce qu'ils ont été presque tous observés par des auteurs qui ont vécu plus ou moins longtemps avant nous, par des praticiens recommandables et d'une opinion souvent opposée à la nôtre. On ne peut donc raisonnablement en contester ni l'exactitude, ni la vérité.

CHAPITRE VII.

DE CERTAINS PRÉCEPTES THÉRAPEUTIQUES ET DU TRAITEMENT EN GÉNÉRAL DES FIÈVRES INTERMITTENTES ET RÉMITTENTES.

Avant d'entrer dans les détails convenables relatifs au traitement des fièvres dont il s'agit, nous dirons deux mots de certaines bases ou de certains préceptes de thérapeutique, généralement reconnus et adoptés, lesquels concourent à appuyer la proposition que nous avons émise relativement à la nature et au siége des fièvres intermittentes. Ces préceptes consistent à traiter chaque accès fébrile, pendant toute sa durée, de la même manière qu'une fièvre aiguë continue, ou comme la première période d'une irritation inflammatoire quelconque, c'est-à-dire par la diète, les boissons délayantes et légèrement calmantes, par des moyens antiphlogistiques plus ou moins actifs suivant les cas, et de n'employer les remèdes prophylactiques, les stimulants amers ou autres perturbateurs quelconques, seulement pendant l'intermission ou durant l'espace de temps qui sépare les accès; parce que tant que ceux-ci durent, l'estomac est tellement irrité, soit idiopathiquement, soit sympathiquement, qu'il ne pourrait les supporter ni éprouver une surexcitation quelconque, sans que les douleurs ou les angoisses du malade n'en fussent augmentées, sans qu'il n'en résultât des vomissements plus ou moins pénibles. Les préceptes dont il s'agit sont généralement reconnus bons, quelle que soit la théorie adoptée relativement à la nature et au siége des fièvres intermittentes. Tous les praticiens sont d'accord qu'on ne peut les enfreindre sans augmenter les souffrances des malades, quelquefois même sans danger pour leur vie.

Pour mettre de l'ordre dans ce que nous avons à dire sur le traitement des fièvres d'accès en général, nous diviserons cette importante matière en plusieurs sections : 1° nous verrons ce qu'on doit faire contre les nuances fébriles les plus légères et dans lesquelles l'apyrexie est parfaite, comme dans la plupart des fièvres intermittentes bénignes des auteurs; 2° nous indiquerons comment il faut traiter les mêmes nuances de fièvre lorsque l'apyrexie est à peine sensible, ou lorsqu'il y a seulement une

certaine rémittence entre les accès fébriles périodiques; 3° de là nous passerons aux nuances les plus graves, appelées intermittentes pernicieuses, ataxiques ou malignes; 4° nous indiquerons les modifications diverses qu'exige le traitement des fièvres d'accès en général, quand elles sont accompagnées ou suivies de lésions plus ou moins remarquables du foie, de la rate, du mésentère, du péritoine, etc.; 5° nous terminerons en exposant le régime, en faisant connaître les moyens ou les précautions à l'aide desquels on préviendra les rechutes ou les récidives si fréquentes dans ces affections.

ARTICLE PREMIER.

TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES BÉNIGNES.

S'il s'agissait du traitement d'un seul accès fébrile, représentant le groupe de symptômes auquel on reconnaît une fièvre intermittente ordinaire ou bénigne, il est évident que cet accès, ne récidivant pas, constituerait une fièvre éphémère, si peu importante qu'elle n'exigerait aucun moyen thérapeutique particulier. Il n'est personne qui n'ait éprouvé une affection semblable, à la suite d'un excès de table, par exemple : on ressent quelques frissonnements passagers, suivis de chaleur, de céphalalgie, d'un malaise général, de bâillements, de soif, de dégoût, d'envies de vomir ou d'un sentiment de plénitude et de pesanteur dans la région épigastrique; tout cela disparaît en quelques heures, sans autre remède que de l'eau sucrée et le repos. Supposons maintenant que par un nouvel excès de table, par une affection morale vive, ou toute autre cause, l'irritation gastrique se renouvelle un certain nombre de fois, qu'il s'établisse une sorte d'habitude morbide dans l'économie, alors les mêmes phénomènes fébriles continueront à revenir aux mêmes époques avec une intensité plus ou moins grande, et qui peut aller en augmentant si l'on ne fait rien pour en combattre l'intensité, ni pour s'opposer à la répétition des accès fébriles gastriques. Veut-on au contraire atteindre ce but? la première indication qui se présente, c'est d'écarter avec soin toutes les causes connues ou présumées, de régler avec sagacité et méthode tous les modificateurs hygiéniques, de prescrire un régime diététique, des boissons rafraîchissantes, des lavements, des fomentations émollientes sur l'abdomen, le repos du corps, la tranquillité de l'esprit, etc.

Lorsque, durant l'accès, les envies de vomir et les efforts de vomissement sont si marqués qu'on peut présumer dans l'estomac quelques matières alimentaires ou autres dont cet organe ne peut supporter la présence à cause de l'augmentation de sa sensibilité, il faut en favoriser le vomissement, soit en titillant l'arrière-bouche, soit en faisant boire de l'eau tiède aux malades ; car, tout comme nous voyons l'œil, irrité ou enflammé, ne pouvoir supporter la lumière, son stimulant naturel; de même l'estomac, durant l'accès d'une fièvre intermittente, ne peut ni se débarrasser par un travail digestif convenable, ni supporter sans douleur, les matières qu'il contient ; le vomissement est alors la voie d'expulsion la plus prompte et la plus favorable.

Les moyens fort simples que nous venons d'indiquer suffiront souvent dans les cas de fièvres intermittentes légères, surtout vernales. Se borner dans le principe à leur usage, est le premier précepte qui découle de la théorie physiologique de ces fièvres; et ce précepte n'est pas nouveau, puisqu'il a été établi par Hippocrate lui-même, et mis en pratique depuis lui par le plus grand nombre des vrais praticiens. Ce précepte est suivi régulièrement dans plusieurs hôpitaux de Paris, particulièrement au Val-de-Grâce par M. Broussais, à l'Hôtel-Dieu par M. Husson, à la Charité par M. Bouillaud. Mais doit-on, comme le font plusieurs praticiens, qui prennent à la lettre ce qu'a dit Hippocrate, fixer jusqu'au septième accès le temps pendant lequel il faut se borner au régime et aux délayants? Non sûrement, ce précepte n'est point de rigueur; il serait même quelquefois nuisible. Ce n'est point pour attendre une crise, encore moins pour que l'économie ait le temps de se débarrasser par la fièvre de tout ce qu'elle contenait d'impur, qu'il convient de n'employer, dans le principe, que des moyens en quelque sorte hygiéniques. On se borne alors à un traitement antiphlogistique peu actif, parce que, dans la plupart des fièvres intermittentes ordinaires, le peu d'intensité de l'irritation locale indique que ce traitement peut suffire pour la dissiper et rétablir l'équilibre des fonctions organiques, sans imprimer à l'économie aucune secousse très marquée, ou sans un traitement actif quelconque. Ainsi, dans les cas les plus simples, dans les nuances les plus légères de fièvre intermittente, traitement durant l'accès presque nul, ou du moins borné à des précautions hygiéniques et à la prescription d'une boisson rafraîchissante, légèrement acidulée et propre à étancher la soif du

malade ; encore faut-il qu'il la prenne avec certaines précautions, c'est-à-dire en petite quantité à la fois, et sans jamais en gorger son estomac, parce que cet organe ne les supporterait plus, et les rejeterait par des secousses plus ou moins pénibles de vomissement. Après l'accès ou durant l'apyrexie, soins assidus pour écarter toutes les causes, moyens hygiéniques sagement distribués et modifiés suivant les cas ; ainsi il est très à propos dans plusieurs circonstances, surtout si l'on a cette facilité, de changer l'air et la manière de vivre habituelle des malades, de prescrire le repos du corps, la tranquillité de l'esprit, puis la diète, les boissons adoucissantes, et même l'eau froide et pure pour boisson ordinaire. Sénac a guéri (1) des fièvres intermittentes qui avaient déjà duré très long-temps, et qui avaient résisté à un grand nombre de remèdes, par l'usage de l'eau pure pour toute boisson et pour tout remède pendant trois ou quatre jours. Le professeur Fodéré a traité avec succès plusieurs fièvres intermittentes, qui avaient résisté à d'amples doses de quinquina, avec du petit-lait seul ou uni à des sucs d'herbe (2). M. Chomel, par la diète et l'eau pure, a obtenu la guérison d'une fièvre d'accès qui durait depuis un an et demi, et contre laquelle on avait employé inutilement la méthode du tourniquet, les bains de vapeur, le quinquina en poudre et en extrait, les sulfates de quinine et de fer, à des doses même très élevées (3). Depuis long-temps M. Broussais, et tous les médecins physiologistes, en attaquant de prime abord la plupart des fièvres intermittentes par la méthode délayante et antiphlogistique, parviennent à les guérir assez promptement sans avoir recours aux amers et au quinquina. Chaque année les annales de la médecine physiologique ont rapporté un grand nombre de faits à l'appui de cette méthode. Quand on permet des aliments aux malades, il faut, comme l'indique Celse, ne leur en donner qu'une petite quantité, et d'une autre qualité que ceux dont ils usaient habituellement ; il faut les choisir de facile digestion, et le plus souvent dans le règne végétal. Il est quelquefois utile de faire prendre de l'exercice aux malades, surtout s'ils n'en prenaient pas avant d'être atteints de la fièvre intermittente. On sait qu'un exercice soutenu quelque temps avant l'accès en a quelquefois retardé ou prévenu le

(1) *Ouvrage cité.*
(2) *Recherches expérimentales sur les fièvres d'accès.*
(3) *Traité des fièvres.*

développement. On peut, dans certains cas, administrer des bains tièdes. Fouquet, professeur de Montpellier, a fait prendre des bains tièdes à des individus secs et irritables, et, par ce moyen seul, les a guéris de la fièvre intermittente. Enfin, il faut faire cesser toute occupation sérieuse, et entretenir chez les malades de douces habitudes, des distractions agréables. Tels sont les moyens bien simples qu'on emploie d'abord contre les fièvres intermittentes bénignes; ce sera l'ensemble de ces moyens qui constituera pour nous le *traitement expectant*, conseillé par un grand nombre de praticiens.

Lorsque, sous l'influence de ce traitement, on a vu quelques accès fébriles récidiver sans le moindre amendement, on peut, si l'apyrexie est parfaite, administrer tout de suite, et sans crainte, le quinquina ou le sulfate de quinine, pour prévenir le retour des accès fébriles; il n'y a pas de raisons qui puissent alors contre-indiquer l'administration de ce médicament; et même on aurait pu déjà l'employer plus tôt, si l'on n'eût pas espéré que la fièvre cédât d'elle-même, ou à l'aide de moyens plus simples et non stimulants.

De ce que nous venons de dire, il résulte déjà que la *fièvre intermittente n'est point utile.* Cette proposition cependant, loin d'être admise par tous les auteurs, est même opposée à l'opinion de plusieurs d'entre eux; en effet quelques uns ont avancé que la fièvre d'accès était un *brevet de longévité.* Boerhaave, entre autres, dit que ceux qui ont été sujets à la fièvre quarte durant leur jeunesse sont en général parvenus à un âge très avancé. D'autres médecins (et le nombre en est beaucoup plus grand) soutiennent que la fièvre intermittente est *dépuratoire;* que la nature s'en sert avantageusement pour débarrasser notre corps de ses impuretés, et qu'il faut, tant que les accès en sont simples et bien réglés, *la laisser marcher;* enfin, prenant à la lettre ce que dit Hippocrate (1), quelques médecins prétendent que l'existence de cette fièvre, surtout de l'intermittente quarte, est elle-même un préservatif contre toute espèce de maladies graves!

Si la première supposition avait seulement quelque vraisemblance, il n'est personne qui ne voulût acheter la longévité par un certain nombre d'accès de fièvre quarte; les médecins surtout, sachant le secret, ne manqueraient pas d'en faire usage

(1) *Epidémie,* liv. I, sect. 3.

pour vivre long-temps et pour faire acheter de bonne heure la longévité à leurs enfants ! Quant à la seconde supposition, nous ne voyons point encore ce qui pourrait lui donner quelque apparence de solidité ; souvent on voit les hommes les mieux portants, les plus vigoureux, être atteints de fièvre intermittente. Nul doute que les trois quarts de ceux qui éprouvent cette affection n'en soient attaqués au moment où ils jouissaient de la plus parfaite santé ; comment concevoir dès lors qu'ils eussent besoin de quelque *dépuration* ? D'ailleurs, s'il était vrai que la fièvre intermittente purifiât le sang ou débarrassât l'économie de toutes impuretés, ceux qui ont eu pendant long-temps cette fièvre devraient être tellement purifiés et sains qu'ils n'auraient plus aucune maladie à craindre ? Et pourtant, n'est-ce pas le contraire qu'on observe chaque jour ? et ceux, chez qui cette fièvre a été très opiniâtre, ne restent-ils pas ordinairement valétudinaires ou atteints de quelque lésion organique qui les conduit prématurément au tombeau ?

S'il était vrai aussi que la fièvre d'accès préservât des autres maladies graves, il n'y aurait pas de raison pour que toute personne dont la santé serait chancelante ne fût promptement à la recherche d'une fièvre intermittente quelconque, et ne voulût, aux dépens de quelques accès de frisson, de chaleur, de sueurs, etc., posséder un préservatif contre une maladie beaucoup plus grave qu'elle aurait à craindre. Enfin, s'il était vrai que cette fièvre fût d'une utilité quelconque, il n'y aurait pas de raison pour qu'on pût jamais la guérir ; car toutes les raisons par lesquelles on voudrait essayer de prouver qu'il est bon de ne pas arrêter une fièvre intermittente dans ses commencements, tendront nécessairement à prouver qu'il est bon de ne l'arrêter jamais (1) ! Ce ridicule préjugé de l'utilité de la fièvre, et du danger que court le malade quand on la supprime prématurément, est dû, comme le dit très bien M. Boisseau, à ce que trop souvent l'on emploie des moyens qui, agissant avec violence sur les viscères des voies digestives, produisent une puissante diversion, et font, il est vrai, cesser le développement de la réaction fébrile, appréciable à l'extérieur, mais ajoutent au désordre local intérieur, ou même en produisent un autre quelquefois plus dangereux. Dans ce cas, il est évident que la fièvre intermittente est

(1) Voulonne, *ouvrage cité*.

salutaire, puisqu'elle est moins dangereuse que le remède (1).

La saine raison et l'expérience de la plupart des bons praticiens prouvent qu'il faut guérir la fièvre intermittente aussitôt qu'on le peut. Il ne faut pas conclure de là qu'il faille administrer le plus promptement possible le quinquina, ou tout autre stimulant; car si l'on peut se passer de ces médicaments, et guérir la fièvre dont il s'agit par quelques jours de régime, de diète, et d'un traitement antiphlogistique léger, ce traitement est préférable; mais aussitôt qu'on s'aperçoit de l'inefficacité ou de l'insuffisance de ces moyens, il faut profiter de la première apyrexie pour administrer promptement le quinquina; toute espèce de retard, dans l'emploi de ce médicament, devient alors contre-indiqué ou nuisible. C'est peut-être le plus grand service que Brown ait rendu à l'art de guérir que d'avoir établi le précepte d'attaquer le plus promptement possible une fièvre quelconque, parce qu'elle était toujours un mal. Si cette vérité fut longtemps regardée comme un paradoxe en médecine, il n'en est plus ainsi depuis que la doctrine physiologique a démontré que toute fièvre était symptomatique d'une lésion locale. « Plusieurs médecins, dit J.-P. Frank, attribuent aux fièvres, surtout aux intermittentes, une force capable de produire des effets salutaires. Cette opinion me paraît aussi ridicule que dangereuse. La fièvre est une maladie, et une maladie ne peut jamais être salutaire. C'est là un axiome qui n'a pas besoin de preuves. Je connais beaucoup de personnes qui, à la suite des fièvres intermittentes, ont éprouvé des accidents terribles; mais je ne me souviens pas qu'elles aient guéri, chez aucun malade, une affection antérieure. Les médecins qui attribuent à la fièvre un effet salutaire, se la représentent sans doute comme un animal placé dans notre corps, et qui tantôt met de l'ordre et de l'harmonie dans nos fonctions, et tantôt y jette le trouble et la confusion. Ceux qui admettent une matière fébrile s'en forment une idée à peu près semblable; pour moi, je puis assurer, qu'à l'exemple de quelques médecins célèbres, je cherche à guérir sur-le-champ toute espèce de fièvres, et que cette conduite m'a toujours réussi. Laissons donc aux panégyristes de la fièvre le soin d'en relever les avantages, et contentons-nous de celui de la guérir (2). »

(1) *Journal universel des sciences médicales*, t. XV.
(2) *De curandis hominum morbis*. Vienne, 1792.

Toutefois, n'y a-t-il pas certains cas où la fièvre intermittente peut être utile, et dans lesquels il est réellement avantageux de la laisser marcher ou de ne point la guérir ? Oui, certainement; l'expérience le prouve, des faits l'attestent. Mais voici dans quel sens une fièvre intermittente, comme toute autre fièvre, sans jamais cesser d'être un mal, devient quelquefois un bien : c'est lorsqu'elle remplace un plus grand mal ; c'est lorsque l'irritation qui l'entretient prend la place d'une autre affection beaucoup plus grave ; de la même manière qu'un érysipèle, un phlegmon, une éruption cutanée, un abcès, etc., sont quelquefois utiles, lorsque, par une crise avantageuse, ils remplacent une pleurésie, une gastrite, un catarrhe chronique, etc. Hé bien, il en est absolument de même toutes les fois qu'une fièvre intermittente remplace une affection plus grave qu'elle-même, telles qu'une apoplexie, une épilepsie, une pleurésie ou une pneumonie chroniques; il est alors prudent, il est avantageux de laisser marcher l'irritation fébrile gastrique plus ou moins long-temps, afin de rompre l'habitude, ou de vaincre la tendance qu'avait l'économie à éprouver périodiquement d'autres affections beaucoup plus graves.

Après avoir établi que la fièvre intermittente était toujours un mal, et indiqué dans quel sens elle pouvait être parfois un bien, justifions nos deux premiers préceptes relatifs à son traitement. Nous disons : 1° qu'il faut, dans le principe, s'en tenir aux moyens hygiéniques et au traitement expectant que nous avons indiqués, parce que le raisonnement, d'accord avec l'expérience de plusieurs praticiens anciens et modernes, et parce qu'un grand nombre de faits prouvent que ce traitement suffit le plus souvent pour opérer la guérison d'une fièvre intermittente ordinaire. Nous avons dit qu'il ne fallait rien faire durant l'accès fébrile, bien qu'il soit établi par la théorie physiologique que cet accès est symptomatique d'une irritation viscérale et le plus souvent gastro-entérique. En effet, que pourrait-on faire? pratiquer des saignées? Mais il s'agit d'une fièvre intermittente bénigne dont les symptômes n'annoncent pas de phlétore sanguine, ni d'inflammation grave quelconque. Donner le quinquina? Mais une longue expérience a appris combien il peut être nuisible, administré à cette époque, c'est-à-dire envoyé dans un estomac plus ou moins irrité et brûlant, qui n'appète que les boissons douces et froides, et qui les supporte à peine. *Insanum prorsùs esset*, dit

Senac, *corticem peruvianam in frigore febrili exhibere ; quid scilicet expectari tunc potest ab ejusmodi remedio dum constricta, rigida sunt omnia, dum ventriculus ipsam aquam calidam vix ferre potest* (1). Administrer un émétique? Mais ce serait forcer l'estomac à des contractions violentes qui pourraient être très nuisibles, qui pourraient rendre l'accès plus intense ou en prolonger beaucoup la durée ; et tout cela pour évacuer des matières bilieuses ou pituiteuses, dont la présence est fort douteuse, et qui le plus souvent n'existent pas. Donner des potions calmantes, ingérer des antispasmodiques sous quelque forme que ce soit? Mais ces remèdes ne seront point supportés par l'estomac, dont l'irritation sera plutôt augmentée qu'affaiblie ou modérée par ces moyens. Agir à l'extérieur par des applications émollientes, par des sangsues, des vésicatoires, etc.? Mais ce serait tourmenter mal à propos les malades ; car l'irritation, qui développe l'accès fébrile, arriverait à sa fin avant que l'influence de ces moyens eût pu devenir sensible.

Après avoir, pendant quelques jours, surveillé l'éloignement des causes et réglé sagement les modificateurs hygiéniques, si l'irritation périodique récidive, si les accès se répètent avec la même intensité ou avec une intensité plus grande, nous disons (deuxième précepte) qu'il faut avoir recours promptement au sulfate de quinine ou au quinquina, et qu'il faut l'administrer pendant l'apyrexie, parce qu'alors l'estomac remplit ordinairement ses fonctions comme dans l'état de santé ; de la même manière que l'œil, dans une ophthalmie intermittente, exerce librement ses fonctions durant l'intervalle qui en sépare les accès inflammatoires. Le quinquina ou le sulfate de quinine, administré convenablement durant l'apyrexie, guérit ou prévient les accès de la fièvre intermittente ; c'est là une vérité établie par des milliers d'observations et qu'une expérience de près de deux cents ans n'a jamais démentie, toutes les fois qu'il a été administré à la dose, sous les formes et suivant les règles convenables. Mais si, depuis bien long-temps, on ne doute plus de l'efficacité du quinquina contre la fièvre intermittente ; si, depuis un siècle et demi, on s'accorde assez généralement à ne l'employer que durant l'apyrexie, on n'est pas également d'accord sur l'époque à laquelle il convient de l'administrer, à dater de l'invasion de la fièvre.

(1) *Op. cit.*

Croyant que la fièvre intermittente est dépurative, et se fondant sur le cinquante-neuvième aphorisme d'Hippocrate, *Tertiana exquisita septem circuitibus ad summum judicatur,* plusieurs médecins établissent comme une règle générale qu'il ne faut jamais administrer le quinquina avant que la dépuration ait eu le temps de s'opérer, c'est-à-dire avant le septième accès. D'autres portent plus loin le précepte dont il s'agit, et veulent qu'on laisse marcher toute fièvre intermittente ordinaire, pendant vingt, trente jours, et plus. Déjà nous avons dit ce qu'il était raisonnable de penser touchant cette prétendue dépuration opérée par la fièvre dont il s'agit. Quant au cinquante-neuvième aphorisme d'Hippocrate, il se trouve modifié par d'autres qui font présumer qu'il n'y a rien de fixe à cet égard, de l'aveu même du père de la médecine, qui ailleurs (*lib. de judicatione*) ajoute à l'aphorisme dont il s'agit le mot *plerumque*, et qui dit (*Coerc. pronot. sect.* 13) : *Tertiana in quinque aut septem circuitibus, aut ad summum in novem judicatur.*

M. Léveillé, dans ses Commentaires sur les aphorismes d'Hippocrate, dit qu'il a observé plusieurs fièvres tierces dont les unes se terminaient après trois ou quatre accès, les autres après sept ou neuf accès, d'autres après onze, quelquefois vingt, vingt-sept, et plus, lorsqu'on ne faisait rien pour les guérir. Nous avons déjà vu précédemment qu'il n'y avait rien de fixe touchant le nombre d'accès que pouvaient présenter les fièvres intermittentes ; nous venons d'établir par le raisonnement qu'il ne faut point les abandonner à elles-mêmes, ni les laisser marcher pendant un temps déterminé, jusqu'au septième accès, par exemple. Nous pourrions à cet égard nous appuyer sur l'autorité d'un grand nombre de praticiens recommandables, tels que Sennert, Fernel, Baillou, Morton, etc., qui ne respectent point les fièvres intermittentes jusqu'après un certain nombre d'accès. Sydenham n'abandonne à la nature que les intermittentes vernales, et seulement chez les jeunes gens. Torti ne dit point qu'il faille laisser marcher les fièvres d'accès en général et s'en tenir à un traitement expectant jusqu'au septième accès, même dans les fièvres tierces les plus simples, car il emploie souvent, dès les premiers jours, la saignée et le quinquina. Werhof, après avoir rapporté cinq observations qui prouvent qu'on peut supprimer sans inconvénient les fièvres intermittentes dès leurs premiers accès, ajoute : *Cæteri quos decem numero, ubi similiter corticem a primo paroxysmo*

dedi, obsequiori satis fuerunt, et perfecté constanterque convaluere omnes. Imo vero non hujus solum medicina eam esse felicitatem, sed et alias medelas post primam statim accessionem adhibitas, felicius, quamvis haud adeo certo ac ipso cortice, opitulari comperimus (1). Strack et Senac n'ont pas été plus réservés sur l'emploi du quinquina ; ils ont souvent administré cette écorce dès les premiers accès de la fièvre intermittente, sans qu'il soit résulté le moindre accident de l'administration hâtive de ce médicament et de la prompte guérison de cette fièvre. Voulonne est d'avis qu'on ne peut trop tôt administrer le quinquina dans les fièvres intermittentes ; il dit que, dans sa pratique, il le donne constamment entre le troisième et le quatrième accès. Fizes veut qu'on commence le traitement des fièvres d'accès par la saignée, quelques minoratifs, et qu'on administre le quinquina dès la fin du troisième accès. « J'ai observé constamment, dit Lucadon, que chaque accès de fièvre intermittente détériorait de plus en plus les digestions et aggravait la lésion des organes épigastriques ; aussi ai-je l'attention d'arrêter le plus promptement possible les mouvements fébriles. Je n'y ai pas été conduit par l'opinion que je viens d'exposer, mais par les observations nombreuses dont elle est le résultat. Je n'ai pas vu, dans dix ans de pratique, une seule personne de quelque âge qu'elle fût, à qui la fièvre quarte, par exemple, ait été utile ; mais j'en ai vu beaucoup, même parmi les enfants et les jeunes gens, à qui elle a laissé des maladies chroniques incurables. Le temps que l'on perd à la préparation de l'administration du quinquina est d'autant plus précieux que les dangers de la fièvre ne font que s'accroître (2). » M. Fizeau rapporte plusieurs observations de fièvres tierces et quartes qu'il a attaquées par le quinquina, et supprimées dès le second accès sans qu'il en soit résulté le moindre accident consécutif.

D'ailleurs, n'est-il pas bien prouvé que, quelque simple que soit d'abord une fièvre intermittente, elle peut changer de caractère et devenir très grave? Elle peut se compliquer de quelque autre affection dont elle devient la cause provocatrice ; car chaque fois que l'équilibre des fonctions organiques est rompu par le développement d'un nouvel accès, on peut craindre qu'il

(1) *Observ. de febri intermitt.*
(2) *Mémoire sur les maladies les plus familières à Rochefort.*

ne se rétablisse pas parfaitement, et qu'à la congestion périodique de la muqueuse digestive ne s'ajoute une lésion continue du foie, de la rate, du péritoine, des poumons, etc.

Werlhof, Piquer, Bianchi, Lind, Sauvages et plusieurs autres médecins ont observé des fièvres intermittentes simples qui dégénéraient après trois ou quatre accès. Zimmermann parle d'une fièvre qu'il a vu régner à Underwald, et qui, avec une apparence de simplicité trompeuse, emportait les malades au deuxième ou au troisième accès lorsqu'on ne saisissait pas le premier instant favorable pour la combattre. Voulonne exprime ses regrets d'avoir perdu un malade atteint d'une fièvre tierce dont les accès paraissaient fort légers, pour avoir perdu du temps à lui donner, un jour d'intermission parfaite, un minoratif qu'il répéta le surlendemain, et auquel succéda un accès de fièvre pernicieuse qui fit périr le malade. « Et pourquoi n'avouerai-je pas, dit le docteur Morel, que ce malheur m'est arrivé deux fois dans un temps où j'avais adopté la méthode des auteurs qui pensent qu'on doit laisser à la fièvre le soin d'agir et de détruire elle-même le principe morbifique dont elle émane ? Ces événements fâcheux m'obligèrent à modifier ma pratique à cet égard, et je proteste que je n'ai eu qu'à m'en louer (1). » Nous avons observé, dit M. Colombot, des fièvres intermittentes simples devenues subintrantes, adynamiques et ataxiques pour avoir été négligées par l'insouciance ou l'obstination des malades à refuser les secours de l'art (2). On convient d'ailleurs généralement que, chez les vieillards, les femmes en couche, les nourrices et les personnes faibles, il faut se hâter d'arrêter la fièvre intermittente, parce qu'il survient très promptement des accidents. Or, nous le demandons, cette fièvre est-elle chez eux d'une autre nature que chez les personnes jeunes et fortes? ou bien parce que ces dernières résistent mieux aux effets funestes des accès fébriles, convient-il de les y exposer plus long-temps ? convient-il d'abandonner plus ou moins long-temps à elle-mêmes les fièvres intermittentes qui ne menacent pas l'existence des malades ? Non, ce précepte, admis encore par quelques écrivains modernes (3), est évidemment dangereux, d'après tout ce que nous venons de dire, parce que telle fièvre très bénigne et qui

(1) *Journal général de médecine*, t. LXIV.
(2) *Mémoire cité.*
(3) Chomel, *Traité des fièvres.*

ne menace nullement l'existence des malades durant ses premiers accès, peut ensuite tout-à-coup la compromettre gravement alors qu'il n'est plus temps d'en arrêter ou d'en prévenir les déplorables suites. « La suppression prématurée d'une fièvre intermittente peut donner lieu, dit-on, à des accidents fâcheux, à des maladies rhumatismales, à des affections convulsives ou épileptiformes, *à un dérangement habituel de la santé* (1). » Mais est-il démontré que la suppression de la fièvre d'accès ait été la cause de ces maladies? N'est-ce pas chez les individus qui y sont sujets qu'elles se développent? Dès lors ce n'est pas la suppression de cette fièvre qu'il faut accuser, mais la négligence des moyens propres à combattre la prédisposition à ces maladies, et surtout à en éloigner les causes. D'ailleurs, n'est-il pas bien certain que les accidents observés à la suite de la prompte guérison de la fièvre d'accès sont infiniment plus rares, et moins graves par conséquent, que ceux dont sa prolongation peut être le résultat?

Nous venons d'établir plusieurs faits relativement à l'administration du quinquina ou du sulfate de quinine, son efficacité durant l'apyrexie, son inefficacité et le danger de son emploi durant l'accès, et le peu de fondement du précepte qui en fait trop souvent retarder l'usage. Voyons maintenant quelle est la manière d'agir de ce médicament pour opérer la guérison des fièvres intermittentes. C'est une question vainement débattue jusqu'à présent, et qui probablement ne sera jamais complétement résolue; heureusement que cette solution est fort peu importante pour le traitement des fièvres dont il s'agit. Ceux qui prétendent que la fièvre intermittente est due à une faiblesse générale, comme les brownistes, ou à une faiblesse spéciale de la muqueuse digestive, comme les cullénistes, disent que le quinquina agit, les premiers en relevant les forces en général, les seconds en donnant du ton à la muqueuse digestive. Les auteurs de cette dernière opinion ne sont-ils pas ici manifestement en contradiction avec eux-mêmes, lorsqu'ils soutiennent d'une part que la fièvre intermittente est *essentielle*, et d'autre part qu'elle dépend de la faiblesse d'une membrane ou d'une affection locale quelconque, sthénique ou asthénique? D'ailleurs, quelle faiblesse que celle de la muqueuse digestive, alors qu'elle ne peut supporter la présence des substances les plus douces! C'est tout comme si l'on disait que

(1) Chomel, *Traité des fièvres.*

l'œil est faible quand il est irrité au point de ne pouvoir supporter le contact de l'air et de la lumière, son stimulant naturel! Ceux qui attribuent la fièvre à des matières bilieuses, putrides, pituiteuses, etc., disent que le quinquina agit comme *antiseptique* pour absorber ou désinfecter ces matières, ou comme *astringent* pour resserrer les orifices des exhalants qui versent ces matières, ou pour ralentir la suractivité des follicules qui les sécrètent. Ceux qui font jouer le plus grand rôle au fluide nerveux dans le développement des fièvres intermittentes, ou qui regardent ces fièvres comme des affections nerveuses, disent que le quinquina agit comme *antispasmodique*, qu'il *fixe la mobilité du système nerveux.* Depuis qu'on a été forcé de reconnaître dans les organes digestifs le siége habituel de l'irritation qui provoque la fièvre intermittente, on dit que l'écorce du Pérou exerce *une action toute particulière sur le système nerveux abdominal* (1)! Quelques médecins veulent que le quinquina agisse comme moyen *révulsif* (2)! Mais quelle lésion locale ou quelle irritation peut-il révulser, puisqu'on choisit pour l'administrer le moment où il n'en existe point, c'est-à-dire l'intervalle qui sépare les accès fébriles? D'ailleurs il n'y aurait pas alors de raison pour qu'on ne pût également révulser une fièvre intermittente par des vésicatoires à la peau, et que des moyens plus irritants que le quinquina ne fussent de meilleurs révulsifs que lui contre toute fièvre ou affection périodique, ce qui est contraire à l'expérience. Les partisans du principe morbifique soutiennent que, par son action, le kina *neutralise le levain fébrile* qui n'a pas encore pu être éliminé par les sueurs, et cela d'autant plus facilement qu'on l'administre pendant l'apyrexie, c'est-à-dire dans un temps où le principe morbifique est en petite quantité et qu'il *sommeille* (3). D'autres enfin veulent que *son action se borne tantôt à une astriction locale, tantôt qu'il en résulte un resserrement des tissus organiques qui enraie les mouvements désordonnés par une augmentation de la force contractile* (4), etc., etc. Aucune de ces opinions ne nous paraît fondée, ni même rationnelle, et nous pensons que c'est bien ici le cas de ne rien expliquer, parce que toute explication ne peut qu'être hypothétique

(1) Bailly, *ouvrage cité.*
(2) Chauffard, *Traité des fièvres.*
(3) Fizes, *ouvrage cité.*
(4) Nepple, Bouffey, *ouvrages cités.*

comme les précédentes, et qu'elle est dans tous les cas parfaitement inutile.

Nous avons dit, d'après Celse, qu'il fallait durant l'apyrexie changer la manière de vivre habituelle des malades. Le quinquina concourt-il à produire cet effet relativement aux ingesta? Agit-il comme perturbateur? Serait-ce en produisant une légère stimulation sur l'estomac qu'il ferait perdre à cet organe la disposition ou l'habitude d'éprouver, à certaines époques, une congestion passagère, ou certaines nuances de phlegmasies périodiques? Cela est probable, ou pour mieux dire on n'en sait rien; car ce n'est pas seulement contre les fièvres ou les irritations périodiques et fébriles du canal digestif qu'agit efficacement le quinquina, mais encore, comme nous l'avons vu, contre toute espèce d'irritation périodique, quel que soit son type d'intermittence, quelle que soit sa nature inflammatoire, hémorrhagique, subinflammatoire et nerveuse. C'est là une vérité établie sur des faits nombreux et bien avérés. Contre quoi donc s'exerce l'action du quinquina? Ce n'est pas contre la fièvre; et c'est à tort qu'on appelle ce médicament *fébrifuge*, puisqu'il agit plus efficacement et plus sûrement encore contre les irritations intermittentes non fébriles, que contre celles qui sont accompagnées de fièvre. On sait d'ailleurs qu'il ne guérit point ces mêmes affections fébriles si elles présentent le type continu; on sait qu'il ne guérit point les fièvres continues dites *essentielles*, et qu'il ne sert le plus souvent qu'à les faire passer à l'état *adynamique* ou *ataxique*. Est-ce donc contre l'intermittence ou la périodicité qu'agit spécialement le quinquina, c'est-à-dire contre cette disposition ou cette habitude en vertu de laquelle l'économie éprouve, à des époques déterminées, la récidive de la même affection locale, fébrile ou non fébrile? Il y a des faits qui ne semblent laisser aucun doute à cet égard; tel est celui rapporté sous le n° 401, dans lequel un illustre professeur de Montpellier, étant parvenu à régulariser les accès d'une épilepsie, la guérit ensuite très bien par l'administration du quinquina. Mais c'est encore reculer la difficulté sans jamais la résoudre. Qu'est-ce en effet qu'un médicament *anti-périodique*, anti-intermittent? on n'en sait rien. Il faut donc avouer franchement qu'on ignore la manière d'agir du quinquina pour prévenir les accès de la fièvre intermittente, comme pour guérir toute espèce de maladie périodique. Mais qu'y a-t-il d'étonnant dans notre ignorance à cet égard? Som-

mes-nous mieux instruit sur le mode d'action de la plupart des médicaments, même les plus héroïques et les plus fréquents dont nous faisons usage ? Savons-nous bien comment le mercure guérit la syphilis, pourquoi l'émétique fait vomir, comment l'opium endort, pourquoi la rhubarbe purge ? Pouvons-nous expliquer comment les sudorifiques, les diurétiques augmentent l'action des exhalants cutanés et des sécréteurs de l'urine, etc. ? Ce sont là tout autant de questions vaines et insolubles.

Le quinquina est un moyen empirique dont le hasard nous a fait connaître l'efficacité contre les fièvres intermittentes et les maladies périodiques en général, efficacité qu'une longue et constante expérience a confirmée ; cela nous suffit. Mais si le hasard est pour quelque chose dans la découverte d'un médicament aussi précieux, combien ne doit-on pas davantage au génie des praticiens qui nous ont appris quand et comment il convenait de l'employer ! Et parce qu'il s'agit d'un remède empirique, s'ensuit-il qu'on puisse, dans son administration, ne consulter qu'un empirisme grossier, qu'une routine aveugle ? S'ensuit-il qu'il faille placer le remède à côté de la maladie, et les faire toujours marcher ensemble d'une manière identique et absolue? Assurément non. Car s'il est peu important que nous sachions comment le quinquina est utile, combien ne nous importe-t-il pas de reconnaître quand il est utile, et quand au contraire il ne l'est plus ou peut être nuisible ! Ces dernières questions sont de la plus grande importance ; ce sont même les seules qu'il importe de résoudre, et dont la solution soit vraiment décisive pour l'efficacité du médicament et la guérison des affections dont il s'agit. Hé bien, ces questions sont aujourd'hui parfaitement résolues : nous savons que l'écorce du Pérou, envoyée dans un estomac sain et peu irritable, stimule cet organe, augmente son énergie et sa force digestive, rend l'appétit plus sensible ; nous savons que cette écorce peut à la longue ou lorsqu'elle est employée à trop hautes doses, y déterminer une irritation ou une congestion inflammatoire, et cela d'autant plus vite et plus facilement que l'estomac est naturellement plus sensible et plus irritable. C'est assez pour que nous soyons prévenu de ne point administrer ce médicament sans que l'estomac ne soit sain et bien disposé à le recevoir. Nous avons prouvé que pour cette raison il ne fallait point donner le quinquina durant l'accès de la fièvre intermittente, mais seulement durant l'intermission ou quand il y a apyrexie, parce que

l'estomac est alors revenu à son état normal. Cependant il y a encore plusieurs cas où cela n'a point lieu et dans lesquels il ne faut point ingérer ce médicament même pendant l'intervalle qui sépare les accès. Bientôt nous spécifierons les cas dont il s'agit ; mais voyons d'abord à quelle dose, sous quelles formes et à quel temps de l'apyrexie il convient d'administrer le quinquina, quand son usage est parfaitement indiqué. Il s'en faut bien que la durée de l'apyrexie soit toujours la même, et tellement marquée qu'on ne puisse jamais hésiter dans l'emploi de l'écorce dont il s'agit. En effet, cette durée varie non seulement pour les différents types des fièvres intermittentes en général, mais encore pour un type donné de ces fièvres: dans une fièvre quotidienne par exemple, il peut se faire que les accès soient très longs relativement au court intervalle de temps qui les sépare ; il peut se faire que la fièvre ne disparaisse que d'une manière fort lente, et que l'apyrexie ne soit parfaite que peu de temps avant le retour d'un nouvel accès ; il peut se faire au contraire, quelle que soit la durée de l'accès, que le temps pendant lequel s'établit l'apyrexie soit plus ou moins long , comme dans les fièvres intermittentes quartes , quintanes, etc. Enfin, malgré l'apyrexie, l'estomac peut conserver un degré de sensibilité tel qu'il ne puisse supporter l'emploi du quinquina sous telle ou telle forme. Dans tous les cas , si l'on veut qu'il ne résulte aucun inconvénient de l'usage de ce précieux médicament, il faut calculer d'une part la durée de l'apyrexie, et de l'autre, évaluer autant que possible le degré d'excitabilité de la muqueuse digestive. Après cela on fait choix de l'espèce de quinquina le plus efficace, celle de couleur rouge par exemple, et l'on s'assure qu'il n'ait subi aucune altération. Quand on veut l'employer en substance, il faut qu'il soit réduit en poudre aussi fine que possible : c'est sous cette forme qu'il produit ordinairement les effets les plus marqués ; on fait avaler cette poudre en la délayant dans un liquide approprié au goût des malades, dans un verre d'eau, de vin, de tisane, une tasse de thé par exemple ; on peut aussi la faire prendre en bols, en pilules, etc. Quant à la dose, il ne faut pas, à l'exemple de quelques médecins, se montrer trop timide, et ne donner d'abord la poudre de quinquina qu'à la dose d'un demi-gros ou un gros pour augmenter ensuite cette dose graduellement et d'apyrexie en apyrexie ; un tel ménagement ne saurait être approuvé, parce qu'il est contraire à l'expérience ; il faut ou ne point donner de

quinquina si l'état des voies digestives en contre-indique l'usage, ou le donner tout de suite à une dose assez forte pour qu'il produise promptement l'effet désiré et prévienne le retour des accès fébriles. Donner ce médicament à des doses d'abord fort petites et qui aillent en augmentant peu à peu et d'intermission en intermission, c'est habituer l'estomac à son impression, c'est annuler en quelque sorte l'effet qu'il doit produire, et se mettre plus tard dans la nécessité d'outre-passer les doses ordinaires sans en obtenir jamais que des effets très médiocres. Il vaut beaucoup mieux donner de prime abord le quinquina à la dose de quatre, cinq ou six gros et plus pendant une seule apyrexie. Si celle-ci est suivie d'un accès encore intense, on continuera la même dose pendant l'apyrexie suivante; on peut même en augmenter la dose si l'estomac le supporte facilement, et s'il n'y a pas encore d'amendement dans les accès qui suivent; au contraire dès que ceux-ci sont arrêtés, on diminue graduellement la dose du quinquina de manière à en continuer l'usage pendant quelques jours à dater de la suppression de la fièvre. Ce nombre de jours n'a rien de fixe; on continue en général l'emploi de ce médicament jusqu'à ce qu'on puisse présumer d'après l'expérience qu'on a suffisamment rompu l'habitude vicieuse de la congestion périodique dont il s'agit. Quelques praticiens pensent qu'il faut dans tous les cas continuer l'administration du quinquina pendant un temps plus ou moins long suivant le type de la fièvre ; mais ce précepte ne nous paraît point de rigueur; nous croyons au contraire que, dans bien des cas, il serait nuisible. Mais, abstraction faite du type, on doit en général insister d'autant plus sur l'usage du quinquina que la fièvre a duré plus long-temps, que la température est plus variable et plus humide. Dans tous les cas il importe de surveiller attentivement l'état de la muqueuse digestive pendant tout le temps qu'on continue cet usage, parce qu'il serait dangereux de ne pas y renoncer tout de suite si l'on voyait se manifester une soif vive, la rougeur et la sécheresse de la langue, l'anorexie, la diarrhée ou la constipation, etc. Il y a beaucoup de cas dans lesquels il faut, dès l'instant que la fièvre est supprimée, se borner au régime et aux boissons délayantes.

Il y a encore d'autres règles à observer dans l'emploi du quinquina ou du sulfate de quinine, suivant que l'intervalle apyrétique dont on peut disposer est plus ou moins long. Il est prouvé, en effet, que si l'on donnait ce médicament à une époque trop

rapprochée de l'accès prochain, non seulement il n'aurait pas le temps d'agir pour le prévenir; mais l'estomac n'ayant pu encore s'en débarrasser entièrement avant d'éprouver la modification morbide qui constitue chaque nouvel accès, ce qui resterait de ce médicament deviendrait insupportable à cet organe, et serait rejeté par le vomissement. « Souvent, dit M. Destrés, malgré toutes les précautions, l'estomac ne peut supporter le quinquina; il est rendu par le vomissement peu de temps après son ingestion (1). » Pourquoi? parce que cet auteur est dans l'habitude de faire prendre toute la dose de quinquina qu'il juge nécessaire pour couper la fièvre, seulement trois ou quatre heures avant le retour du frisson; or il n'est pas rare qu'à cette époque l'estomac ne souffre déjà, ou ne soit plus irritable que de coutume. Il ne faut donc pas attendre si tard pour administrer ce médicament, à moins qu'il ne s'agisse d'une fièvre hémitritée ou double-quotidienne, dont l'intermittence est toujours de courte durée. Hors ces cas, et toutes les fois qu'il y a entre les accès un intervalle de temps plus ou moins long, il vaut mieux distribuer ce temps pour l'ingestion du quinquina de manière que la dernière dose soit donnée plusieurs heures avant l'invasion de l'accès suivant. Home rapporte que sur treize individus affectés de fièvre intermittente, cinq, ayant pris le kina à l'époque la plus éloignée de l'accès suivant, furent guéris, tandis que les huit autres, qui le prirent peu de temps avant le frisson, eurent l'accès, et même plus intense. On a remarqué, d'autre part, qu'administré à une époque très éloignée de l'accès futur, le quinquina ne jouissait point à un si haut degré de sa propriété prophylactique, et que cette propriété semblait se perdre à mesure que l'impression faite sur l'économie disparaissait. Quand l'intervalle qui sépare les accès est plus ou moins long, Cullen pense qu'il ne faut pas choisir la fin de l'accès précédent pour administrer l'écorce du Pérou; ce praticien a constaté que, dans la fièvre quarte par exemple, le double de cette écorce, administré les premières vingt-quatre heures de l'intermission, agissait moins que la moitié administrée les secondes vingt-quatre heures. D'après Desbois de Rochefort et Nysten, toutes les fois que l'intermission est longue et que la nature de la fièvre n'exige pas une grande quantité de kina, il est bon de ne commencer à donner ce médi-

(1) *Médecine pratique.*

cament que sept ou huit heures avant l'accès qu'on veut prévenir.

L'expérience semble avoir choisi entre ces divers préceptes, tous également bons, un terme moyen dont elle a depuis long-temps prouvé l'efficacité : il consiste à diviser la quantité de quinquina ou de quinine qu'on se propose de donner, en plusieurs doses inégales, dont la première est la plus forte et se compose de la moitié ou des deux tiers de cette quantité. On administre cette première et forte dose le plus loin possible du futur accès, dans les fièvres quotidiennes; les doses suivantes vont ensuite en diminuant, à mesure qu'on se rapproche de cet accès, de manière que la somme totale des doses se trouve consommée deux ou trois heures avant celui qui est attendu. Les dernières doses, qui sont très petites, ne semblent avoir pour but que d'entretenir l'effet produit par la première. Ce mode d'administration du quinquina est connu depuis long-temps, puisque Torti, Werlhof et plusieurs autres praticiens l'avaient déjà adopté. Torti fixe à vingt-quatre heures la plus grande distance à laquelle on puisse commencer à donner le quinquina avant le nouvel accès; mais il y a bien des cas où l'on ne peut disposer ni de vingt-quatre heures d'apyrexie, ni de sept ou huit heures, ni seulement de quatre ou cinq heures, et dans lesquelles il ne peut y avoir rien de fixe pour la distance dont il s'agit. On administre alors ce médicament quand on peut, et le plus loin possible de l'accès à venir, en attendant toutefois que l'apyrexie soit aussi bien établie que possible; en sorte que si cela n'avait lieu que deux ou trois heures avant le retour de cet accès, il faudrait attendre cette époque pour administrer l'écorce du Pérou; dans ce cas on n'en donnerait qu'une seule dose, mais assez forte pour qu'elle pût prévenir l'accès, comme six ou huit gros. C'est en pareille circonstance qu'on ne saurait trop apprécier les nouvelles acquisitions de la thérapeutique; car comment cette énorme quantité de quinquina en poudre pourrait-elle être digérée en si peu de temps par l'estomac? N'est-ce pas alors qu'on sent tout le prix de ces diverses préparations de quinquina où il est réduit à sa partie active et sous le plus petit volume possible, comme la quinine, la chinchonine, le sulfate de quinine, etc.? Quand les accès laissent entre eux une apyrexie plus longue que vingt-quatre heures, comme dans les fièvres tierces, quartes, quintanes, sextanes, hebdomadaires, etc., il ne faut en général

donner la première dose de quinquina que dix à douze heures avant l'accès qu'on attend, et continuer à doses décroissantes, comme nous l'avons dit. On divise d'autant moins les doses que les accès de la fièvre sont plus rapprochés les uns des autres. Si, après s'être assuré de la bonne qualité du quinquina, après avoir choisi la préparation la plus convenable et l'avoir donné à une assez forte dose, il ne produisait pas d'effet sur la fièvre, il faudrait y renoncer promptement, et ne pas insister, ou attendre que son usage abusif détermine quelques accidents chez le malade.

La quantité de quinquina que nous avons indiquée doit varier suivant l'âge et la constitution des individus ; elle doit être proportionnée à la violence de l'affection fébrile, à la rapidité de sa marche, et au nombre d'accès qui ont déjà eu lieu. Cette dose ne suffirait point si la fièvre était ancienne, automnale, et si l'on avait déjà employé pendant long-temps, mais avec peu de méthode, le médicament dont il s'agit; il faudrait alors l'augmenter plus ou moins suivant les cas. D'autres fois, au contraire, il faut diminuer cette dose, comme chez les personnes nerveuses, très irritables, et chez les enfants. Plusieurs médecins pensent qu'on doit, toutes choses égales d'ailleurs, proportionner la dose de quinquina à la durée de l'intermittence, et qu'il faut la donner plus grande pour une fièvre quarte que pour une fièvre tierce, pour celle-ci que pour une quotidienne. Nous ignorons jusqu'à quel point ce prétexte peut être fondé. Mais un autre précepte beaucoup plus important, et auquel en général on ne donne point assez d'attention, c'est d'examiner attentivement l'état du malade immédiatement avant l'ingestion de l'écorce du Pérou; car il faudrait bien se garder d'en permettre l'usage si l'on observait quelques signes manifestes d'irritation et de trouble, surtout dans les organes digestifs. Ainsi, par exemple, tant que le pouls est dur et plus fréquent qu'à l'ordinaire, tant que la peau est rude au toucher et brûlante, la langue rouge et sèche, tant que le malade éprouve une soif vive, un sentiment de malaise, d'anxiété, de pesanteur ou de douleur dans la région épigastrique; tant que les évacuations alvines ne sont pas régulières et naturelles, on retardera l'administration du quinquina Il ne faut point la réunion de tous ces symptômes; il n'en faut que deux ou trois bien prononcés pour contre-indiquer l'emploi de ce moyen, ou tout au moins, dans les cas urgents, pour signaler la grande

circonspection qu'on doit mettre dans cet emploi, et l'attention qu'il faut porter sur l'effet des premières doses dont on permettra l'usage, afin d'y renoncer très promptement s'il devenait nuisible. Baglivi et Senac nous paraissent avoir reconnu l'importance de ce précepte. *China-china*, inquit Baglivi, *est remedium profectò herculeum in curatione intermittentium, dummodo tamen non detur si aderit suspicio inflammationis alicujus visceris, vel abcessûs interni, vel etiam morbosa partis alicujus debilitas et dispositio; nam talibus in casibus non tollit, sed auget febrim* (1). *Non in repugnantiâ solummodo*, ait Senac, *sed in ipsius ventriculi læsis functionibus occurrit sæpè impedimentum; ne ingeratur scilicet cortex peruvianus vetat vomitus pertinax. Alia occurrunt impedimenta quæ in ipsâ febri originem trahunt aut ex perversâ medendi methodo; hæc autem vel in genere spectari possunt vel in se ipsis sigillatim, in genere quidem reduci possunt ad febriam contumaciam et ad abdominis affectus ex iis ortos* (2).

Il en est de même relativement à la forme sous laquelle il convient d'administrer le quinquina: il faut étudier avec soin la susceptibilité gastrique des malades, parce qu'il y en a dont l'estomac, quoique sain, ne supporterait jamais cette écorce en substance. On peut alors la donner en décoction, coupée avec partie égale d'émulsion; on peut aussi administrer le vin de quinquina, qui est beaucoup moins désagréable à prendre que la poudre, mais l'action n'en est pas à beaucoup près aussi sûre; il en est de même à cet égard de la décoction, de la teinture, et à plus forte raison du sirop de quinquina, qu'on n'administre guère qu'aux enfants, et dont l'effet est presque toujours nul ou très incertain. Il y a des préparations qui sont beaucoup plus avantageuses que les précédentes, parce qu'en beaucoup moindre quantité et sous un très petit volume, elles peuvent agir d'une manière beaucoup plus active et plus efficace: tel est l'extrait alcoolique, tels sont principalement la quinine et le sulfate de quinine, dont l'expérience a maintenant constaté l'efficacité d'une manière indubitable contre toute espèce de fièvres intermittentes, quels que soient l'âge et le tempérament des malades. Il n'y a plus de doute aujourd'hui qu'on ne doive accorder la préférence au sulfate de quinine sur toutes les autres préparations de l'écorce du Pérou et dans

(1) *Opera omnia medico-practica*, t. I.
(2) *De reconditâ Feb. intermit. nat.*

tous les cas possibles. S'il est arrivé quelquefois encore que la poudre de quinina ait réussi dans des cas où le sulfate avait échoué, ces cas deviennent de plus en plus rares à mesure que l'expérience perfectionne le mode d'administration de ce remède précieux, et depuis qu'on l'obtient plus pur et assez en grand pour que sa rareté et sa cherté ne soient plus un obstacle à son fréquent usage. Cependant, il faut convenir qu'on est loin encore d'être parfaitement d'accord sur la manière d'employer le sulfate de quinine : quelques praticiens veulent en donner tout de suite une dose plus ou moins forte contre toutes les fièvres d'accès en général ; les autres, en plus grand nombre, ont constaté qu'il suffisait d'une assez petite dose de ce médicament pour la guérison des fièvres intermittentes ordinaires.

D'après l'expérience de M. Bally, à l'hôpital de la Pitié, le sulfate de quinine, employé à petites doses, ne produit que peu d'effet, ou bien il amène seulement des rémissions de quelques jours, et presque jamais une cure radicale ; enfin, dans des cas assez rares où cette cure a lieu, elle se fait long-temps attendre, et n'est jamais obtenue avant le sixième ou le huitième accès. Donné au contraire à la dose de quinze à trente grains par jour, suivant l'intensité et l'ancienneté de la fièvre intermittente, il arrête à coup sûr cette fièvre dès le premier ou le second accès, rarement on en voit un troisième. M. Bally dit avoir employé sans inconvénient le sulfate de quinine depuis trente jusqu'à quarante, quarante-huit ou cinquante grains par jour, pour dominer des fièvres intermittentes rebelles. Il pense que, dans tous les cas où une fièvre d'accès devient subintrante et fait craindre son passage à l'état pernicieux, il faut nécessairement employer ce médicament à hautes doses si l'on veut prévenir cet accident.

D'après l'expérience et l'observation de M. Broussais au Val-de-Grâce, de M. Husson à l'Hôtel-Dieu, et de plusieurs autres praticiens recommandables, il est au contraire établi qu'il ne faut employer le sulfate de quinine qu'à petites doses, puisqu'elles suffisent le plus souvent pour la guérison des fièvres intermitentes ordinaires. M. Husson se contente ordinairement de deux ou trois grains, rarement il en porte la dose jusqu'à cinq ou six par jour. M. Broussais n'emploie jamais plus de trois potions contenant chacune de deux à quatre grains de sulfate de quinine pour guérir toute espèce de fièvre intermittente ordinaire et quel que soit son type, quotidien, tierce ou quarte. D'où provient cette grande

différence dans le mode d'administration de la même substance médicamenteuse? Et comment (ce qui est bien plus remarquable encore), comment en obtient-on des résultats analogues, c'est-à-dire la guérison des malades? Tout cela se conçoit parfaitement si l'on fait attention que M. Broussais et les médecins physiologistes commencent à attaquer les premiers accès de la fièvre intermittente par un traitement antiphlogistique plus ou moins sévère, borné assez souvent à la diète, aux boissons adoucissantes, aux lavements, aux fomentations émollientes sur l'abdomen, mais plus souvent encore composé de quelques évacuations sanguines, surtout capillaires, comme les applications de sangsues tantôt sur la région épigastrique et iléo-cœcale, tantôt au périnée et au pourtour de l'anus. Par ce traitement, qui précède ordinairement l'emploi du sulfate de quinine, on obtient déjà un amendement très remarquable dans les phénomènes sympathiques qui constituent les accès fébriles, si toutefois il n'en résulte pas une disparition complète de la fièvre. Ce dernier résultat est fréquent surtout pour les intermittentes tierces qui se développent au printemps. Il est rare qu'à cette époque, surtout chez les enfants et les jeunes gens, M. Broussais ait recours à d'autres moyens qu'aux antiphlogistiques pour guérir toute espèce de fièvre inmittente. Dans tous les cas possibles, l'illustre professeur du Val-de-Grâce a constaté qu'au moyen du traitement dont il s'agit, des doses minimes de sulfate de quinine suffisaient pour détruire radicalement toute espèce d'accès ou de paroxysmes fébriles qui pouvaient survivre à l'emploi des antiphlogistiques. M. Bally, au contraire, n'a point recours à ces derniers moyens; il attaque par le sulfate de quinine la fièvre intermittente au moment où elle présente toute son intensité primitive; on conçoit dès lors qu'il soit obligé, pour en obtenir la guérison, d'employer des doses toujours assez fortes de sulfate de quinine, et qu'il doive en continuer plus ou moins l'emploi pour prévenir de fréquentes rechutes; car c'est un fait certain et que nous avons bien souvent constaté, soit dans les hôpitaux de la capitale, soit en province, que les récidives sont beaucoup plus fréquentes quand on a attaqué et guéri les fièvres intermittentes uniquement par l'usage du quinquina ou du sulfate de quinine. D'ailleurs, il est fort à craindre, et il n'est pas rare, quoi qu'on en dise, que de fortes doses d'un médicament aussi actif, employées de prime abord, ne soient sujettes à développer quelques accidents. M. Chomel nous ap-

prend qu'il en a observé plusieurs exemples. Quelques médecins italiens, surtout M. Tommasini, ont constaté les funestes effets de l'emploi à trop fortes doses du sulfate de quinine. Ces accidents sont surtout à redouter chez les sujets très irritables et pour peu que l'apyrexie ne soit pas parfaite entre les accès fébriles. Quand ceux-ci cèdent plus ou moins rapidement, il reste presque toujours une ardeur très grande, un sentiment de pesanteur et de malaise dans la région épigastrique ; la soif est vive et l'appétit nul ou trop fort, ce qui conduit à des excès, et par suite à des récidives fréquentes et plus ou moins graves. Quelquefois il en résulte un dévoiement qui affaiblit un peu les malades, mais qui devient une crise salutaire en faisant diversion à l'irritation ordinairement fixée sur la partie supérieure du canal digestif. D'ailleurs, M. Bally et le petit nombre de médecins qui n'ont pas adopté entièrement les principes de la doctrine physiologique, conviennent tous que, quand la fièvre intermittente dégénère en continue, le grand art pour la guérir plus sûrement consiste de la ramener au type intermittent par un traitement antiphlogistique et les émissions sanguines. N'est-ce pas là un aveu irrécusable de l'utilité de ces derniers moyens dans maints autres cas où les médecins dont il s'agit croient pouvoir s'en passer et où ils sont ensuite forcés d'y revenir, soit dans la convalescence de leurs malades pour consolider des guérisons obtenues seulement par le spécifique, soit pour ramener leurs fièvres à de véritables types d'intermittence quand elles ont de la tendance à devenir rémittentes et continues ?

Quoi qu'il en soit de cette divergence d'opinions sur le mode d'administration du sulfate de quinine, il n'en est pas moins certain que c'est une très précieuse acquisition de la thérapeutique, d'abord à cause de son efficacité assez constante, puis par la facilité très grande qu'on a de le faire prendre aux malades les plus délicats et les plus prévenus contre l'ingestion de toute espèce de remède. Sous ce rapport, il est d'un avantage inappréciable pour les enfants, auxquels on ne pouvait guère jadis administrer que le sirop de quinquina, dont l'action était presque toujours nulle ou fort douteuse. Comme il suffit à cet âge d'une très petite dose de sulfate de quinine pour combattre la fièvre intermittente, il est facile de l'ingérer dans la pulpe d'un fruit, dans la gousse d'une graine de raisin, d'une cerise fraîche ou confite; on peut encore l'envelopper facilement dans une feuille humide de pain à cacheter.

On peut aussi administrer le quinquina ou le sulfate de quinine en lavements, en bains, et en frictions à la surface de la peau; mais on peut rarement compter sur l'efficacité de ces derniers modes d'administration : on n'y a guère recours que dans les cas où il est tout-à-fait impossible de l'ingérer par la voie de l'estomac. Il y a cependant un assez bon nombre d'observations qui prouvent l'efficacité du quinquina employé en lavements. M. Chauffard a surtout tiré un très bon parti de ce moyen dans un grand nombre des fièvres tierces et quartes opiniâtres. Pour que ces lavements soient retenus et produisent un effet convenable, ce praticien a observé qu'il fallait ne les composer que de quatre onces de liquides; savoir : deux onces de décoction concentrée ou d'alcool de quinquina, et deux onces d'eau distillée dans lesquelles on délaie deux gros de quinquina en poudre. Quatre lavements d'un accès à l'autre suffisent le plus souvent pour les fièvres tierces. On porte le nombre des lavements à quatre ou cinq dans les fièvres quartes rebelles, et on le diminue pour les quotidiennes, dont les accès sont ordinairement arrêtés par trois lavements. Plusieurs praticiens ont également employé avec succès le sulfate de quinine par la même voie dans les cas où il est contre-indiqué de l'administrer par l'extrémité supérieure du canal digestif.

Autrefois les diverses préparations de quinquina se prêtaient peu à l'administration de ce remède par voie d'absorption cutanée.

On sait que d'illustres praticiens (Pinel, Duméril, Alibert) ont fait à la Salpêtrière des expériences sur l'administration du quinquina en bains, et surtout en frictions à la surface cutanée; mais le succès n'a répondu que d'une manière fort douteuse à des tentatives aussi louables. M. Chrestien avait déjà fait (1) à Montpellier quelques expériences semblables, en se servant particulièrement de la teinture de quinquina à la dose de trois ou quatre onces pour deux ou trois frictions dans l'intervalle des accès fébriles. Mais, en général, ces essais n'ont point été suivis de succès bien marqués et dont on puisse tenir compte, parce que ce médecin employait presque toujours quelques autres moyens pour assurer la guérison des malades. Souvent il administrait en même temps à l'intérieur la résine de quinquina, de sorte qu'on ne peut guère juger de l'effet obtenu par absorption cutanée dans les

(1) *De la méthode iatraleptique.*

dernières expériences dont il s'agit. Mais depuis la précieuse découverte du sulfate de quinine, les essais qu'on a faits de son emploi selon la méthode endermique ont été couronnés de succès assez marqués pour qu'on n'hésite plus d'y avoir recours dans bien des cas où il serait dangereux d'ingérer ce médicament par la voie de l'estomac.

M. Lambert, interne des hôpitaux de Paris, a fait dès 1823, soit à l'hôpital Cochin sous les yeux de M. Bertin, soit à la Pitié avec M. Bally, une série d'expériences touchant l'application de divers médicaments à la surface de la peau dénuée de son épiderme. Un assez grand nombre de ces expériences a été suivi de succès, et particulièrement celles qui ont rapport au sulfate de quinine contre les fièvres intermittentes (1). Depuis cette époque, plusieurs médecins, entre autres le docteur Martin (2), ont réitéré ces dernières expériences avec des succès plus ou moins remarquables. Ce n'est guère que par l'application de l'écorce de garou, et surtout des cantharides, qu'on obtient le soulèvement de l'épiderme, parce que les autres moyens employés dans ce but, comme l'application de l'ammoniaque, de l'eau bouillante, modifient, dit-on, ou altèrent trop profondément la surface du derme pour que l'absorption puisse y avoir lieu d'une manière convenable. Il nous paraît que le défaut d'absorption provient alors d'une irritation trop vive, de la même manière qu'une plaie de vésicatoire trop animée et très douloureuse se prête peu ou point à une absorption médicamenteuse quelconque. Il suffirait peut-être, dans les plaies par suite de brûlure ou autres, de calmer l'irritation par les émollients pour en obtenir les effets désirés ; de la même manière qu'on a conseillé d'entourer l'emplâtre de vésicatoire d'un large cataplasme émollient pour s'opposer à la congestion inflammatoire qui tend à se joindre à l'irritation sécrétoire provoquée par les cantharides. Quand, de prime abord et sans nulle préparation, on applique le sulfate de quinine sur la plaie dont il s'agit, il en résulte souvent une très vive inflammation, quelquefois même une légère escarre, qui s'opposent à toute absorption. Pour prévenir cet inconvénient, il faut employer ce médicament combiné avec un mucilage ou un corps gras, particulièrement avec le cérat de

(1) *Essai sur la méthode endermique.*
(2) *Revue médicale*, 1827.

Galien, et ne jamais en faire usage tant que la plaie est vive et douloureuse, parce que l'activité de l'absorption est presque toujours en raison inverse de celle de l'irritation de la plaie. Il vaut mieux pour le succès de la méthode endermique, établir différents points de dénudation dermoïque, mais bornés aux dimensions d'un vésicatoire ordinaire, que d'étendre la vésication à une large surface, qu'il est beaucoup plus difficile d'entretenir uniformément au degré d'irritation convenable à l'absorption. Quand la vésication produit une poche de fluide séreux assez résistante pour qu'après l'écoulement de ce fluide on puisse y injecter la substance médicamenteuse, l'absorption est alors plus active que quand on met le derme tout-à-fait à nu, parce que le contact de l'air produit sur les bouches absorbantes une astriction ou une irritation qui nuit toujours plus ou moins à leur action. Mais comme le plus souvent la vésicule formée par le soulèvement de l'épiderme est trop mince pour servir à l'usage dont nous venons de parler, il faut l'enlever. Pendant les premiers pansements il faut également détacher avec soin d'autres pellicules blanches qui se forment assez souvent sur la surface des plaies dont il s'agit. Il est bon pour les nettoyer convenablement d'y pratiquer des lotions avec une solution de chlorure de chaux. Quand les exutoires deviennent calleux, il vaut mieux les remplacer par de nouveaux, que de chercher à les ranimer pour en obtenir des effets absorbants convenables. Il faut encore observer que ces effets sont d'autant plus marqués que les médicaments sont appliqués plus près des organes malades; ce qui prouve qu'administrés selon la méthode endermique, ils agissent plutôt par absorption que par révulsion.

Nous avons employé selon cette méthode le sulfate de quinine sur plusieurs malades de sexe et d'âge différents; entre autres chez un jeune homme de vingt-deux ans, d'une constitution assez forte et très irritable; il s'agissait d'une récidive de fièvre quarte, dont le malade avait éprouvé trois ou quatre accès quand il fut soumis à notre observation. Quelques symptômes d'irritation gastro-entérique annoncés par la soif, la rougeur et la sécheresse de la langue, la constipation, nous décidèrent d'attaquer la fièvre à la fois par les antiphlogistiques et par le sulfate de quinine appliqué sur la plaie d'un vésicatoire. Celui-ci, placé à la surface interne de la cuisse gauche le premier jour d'intermittence, fut saupoudré le lendemain de six grains de sulfate de quinine;

mais cette application produisit un boursouflement considérable de la plaie qui prit un aspect baveux et noirâtre. Les douleurs furent si vives et si prolongées que nous n'insistâmes pas sur ce moyen ; l'accès du lendemain revint comme de coutume, et nous l'attaquâmes en donnant le sulfate de quinine dans une émulsion. La plaie de la cuisse, dont le mauvais aspect et les douleurs nous avaient effrayé, ne résista pas long-temps au repos et aux applications émollientes. Nous avons fait d'autres essais beaucoup plus heureux, soit par suite de la disposition des personnes qui en furent l'objet, soit par la précaution que nous eûmes de ne pas appliquer le sulfate de quinine aussitôt après la dénudation du derme, mais seulement quand la plaie fut moins vive et peu ou point douloureuse. Une fois entre autres il s'agissait d'une fièvre tierce chez une femme de trente-six ans, d'une constitution molle et peu irritable. Pendant le jour d'intermittence, nous fîmes saupoudrer une feuille de blette légèrement enduite de beurre frais avec quatre grains de sulfate ; on réitéra cette application le soir ainsi que le lendemain matin ; douze grains furent ainsi employés avant le retour de l'accès présumé ; il n'en résulta pas d'autres sensations douloureuses qu'une chaleur locale un peu brûlante ; la dernière application fut accompagnée d'une vive démangeaison autour de la plaie, située à la partie interne et moyenne de la jambe gauche où il se développa quelques petits boutons blanchâtres. L'accès attendu fut assez léger ; deux nouvelles applications de trois grains chacune ont complété cette guérison. Il nous paraît que ces expériences ont besoin d'être répétées encore un certain nombre de fois avant qu'on puisse porter un jugement définitif; mais on peut présumer d'avance que cette nouvelle manière d'administrer le sulfate de quinine sera d'un grand avantage dans bien des cas où il est à la fois urgent d'arrêter promptement des accès fébriles périodiques, et manifestement contre-indiqué d'employer à l'intérieur aucun remède stimulant.

L'efficacité de l'écorce du Pérou et du sulfate de quinine est-elle la même pour toutes les fièvres d'accès et quel que soit leur type d'intermittence? Il semble qu'on pourrait résoudre cette question par l'affimative si l'on supposait qu'elles ont eu le même nombre d'accès, que ces accès présentent une égale intensité, la même régularité dans leur retour, la même apyrexie dans l'intervalle qui les sépare. Cependant il est digne de remar-

que que ce sont celles de ces fièvres dont la guérison exige le plus impérieusement l'action du quinquina, qui lui résistent aussi le plus souvent. Ainsi les fièvres quartes, qui sont parfois très opiniâtres, et ne guériraient point sans le secours de ce médicament, ne laissent pas dans d'autres circonstances de se prolonger indéfiniment malgré son emploi le plus méthodique. Piquer et le professeur Pinel disent avoir administré presque sans succès le quinquina contre la plupart des fièvres quartes qu'ils ont eu occasion d'observer. M. Chauffard attribue les insuccès du quinquina dans les fièvres quartes à ce que l'action du remède ingéré dans l'estomac se passe trop près de la rate, qui, selon lui, est l'organe le plus communément affecté dans cette maladie ; il pense qu'alors la révulsion n'a point assez de puissance, et que l'irritation révulsive ayant lieu sur une surface en rapport intime de sensibilité avec la rate, il s'ensuit qu'au lieu d'une révulsion salutaire, on augmente la lésion locale et l'on aggrave ou éternise la fièvre dont il s'agit. M. Chauffard conclut de là qu'il ne faut administrer le quinquina qu'en lavements dans les fièvres quartes (1). Nous sommes loin de partager son opinion à cet égard, parce que nous n'avons jamais vu une seule fièvre quarte résister à l'emploi méthodique du quinquina, et surtout du sulfate de quinine par la voie de l'estomac, et sans qu'il soit résulté aucun inconvénient de ce dernier mode d'administration.

Il paraît pourtant, d'après la généralité des faits, que celles de toutes les fièvres intermittentes qui cèdent le plus promptement à l'usage de cette écorce ou de ses diverses préparations, sont les fièvres tierces, qui, comme on le sait, guérissent aussi très souvent sans son secours. Enfin, les fièvres quotidiennes paraissent tenir le milieu entre les deux espèces précédentes relativement à l'efficacité et à l'utilité du quinquina dans leur traitement. Il résulte déjà de ce que nous venons de dire, que l'écorce du Pérou n'est point un *spécifique* contre les fièvres intermittentes en général. On doit être aujourd'hui beaucoup plus réservé dans l'emploi de ce mot, qui ne convient parfaitement à aucun agent thérapeutique, pas même au mercure contre la syphilis.

Nous pourrions ici faire un rapprochement sur l'emploi de ces deux médicaments, les plus spécifiques que nous possédions, et

(1) *Traité sur les fièvres essentielles.*

faire découler de la méthode qu'on suit dans l'administration du mercure des préceptes pour l'ingestion du quinquina. Prenons des exemples visibles et palpables : quand il se présente une ophthalmie vénérienne très intense, un ulcère, un bubon rouge, brûlant, enflammé, si l'on prétendait guérir ces affections, parce qu'elles sont le résultat d'une infection, par le seul emploi du mercure, on courrait risque de voir l'œil se désorganiser, le bubon tomber en gangrène, avant que l'action du mercure eût pu être sensible. On convient qu'il faut alors recourir aux antiphlogistiques les plus énergiques pour arrêter ou modérer l'inflammation, avant d'avoir recours au moyen qui attaque ce qu'il peut y avoir de particulier dans le caractère de cette maladie. Hé bien, il en est absolument de même à l'égard des irritations intermittentes, fébriles ou non fébriles. Lorsque les symptômes inflammatoires sont très intenses, il faut d'abord employer les moyens les plus propres à conjurer ces symptômes, avant d'avoir recours à celui qui paraît agir contre ce qu'il y a de particulier dans le caractère de ces affections, c'est-à-dire contre leur périodicité. Une autre preuve que le quinquina n'est point un remède spécifique contre les irritations ou les fièvres intermittentes en général, c'est qu'il existe un grand nombre d'autres médicaments dont on a plus ou moins constaté l'efficacité contre les maladies dont il s'agit.

Nous venons d'indiquer le traitement qui convient aux fièvres intermittentes ordinaires ; nous avons en outre discuté et établi tous les préceptes relatifs à l'administration du quinquina et du sulfate de quinine. Avant de passer au traitement des autres formes plus graves d'irritations périodiques et fébriles dont il nous reste à parler, jetons un coup d'œil sur quelques moyens employés en même temps que le quinquina, quelquefois avant ou après lui, et qui sont comme ses auxiliaires ; nous voulons parler des évacuants et de la saignée. Nous verrons ensuite quelles sont les substances exotiques et indigènes à l'aide desquelles on a voulu remplacer les préparations de quinquina, et tous ces remèdes plus nombreux qu'importants, qu'on a tour à tour préconisés, contre les fièvres intermittentes.

Usage des évacuants. — Si durant un accès fébrile quelconque il y avait des symptômes d'embarras gastrique bien prononcés, tels que le dégoût, les envies de vomir, des efforts de vomissement fréquemment répétés, un sentiment de plénitude et

de pesanteur dans la région épigastrique ; si d'ailleurs on apprenait du malade qu'il eût beaucoup mangé peu de temps avant l'accès, il ne faudrait point hésiter à donner un émétique ; presque toujours on a recours à ce moyen durant l'apyrexie, quand il reste du dégoût, des nausées, des envies de vomir, et quand le non-rétablissement des fonctions digestives paraît tenir plutôt à l'embarras qu'à l'irritation aiguë des organes digestifs.

Toutefois, il s'en faut bien qu'il faille considérer l'émétique, et en général l'emploi des évacuants, comme une chose toujours nécessaire ou seulement utile à la guérison de la fièvre intermittente. L'émétique donné pendant l'accès est presque toujours nuisible; administré durant l'apyrexie, sauf les cas indiqués, s'il ne nuit pas toujours, il peut nuire ; si par la secousse qu'il détermine il a quelquefois opéré la guérison de la fièvre dont il s'agit, cet heureux effet est si rare qu'on ne peut pas y compter. D'autres médecins pensent que les vomitifs sont toujours utiles contre les fièvres d'accès, parce qu'ils impriment des secousses aux viscères abdominaux, et qu'ils communiquent une certaine impulsion au sang contenu dans la veine porte et ses diverses ramifications, où ils croient que la stagnation de ce fluide est la cause prochaine des accès : de là, selon eux, le précepte de recourir aux vomitifs dans presque tous les cas de fièvre intermittente. Ne serait-il pas affligeant qu'une supposition ou une hypothèse devînt ainsi la règle d'une indication thérapeutique qui, dans bien des cas, pourrait avoir les suites les plus funestes ? Mais, si l'on administre des vomitifs dans l'espoir de couper la fièvre d'accès, doit-on les administrer pour frayer, comme l'on dit, la route au quinquina, pour préparer les voies digestives à la bonne réception de ce médicament ? Ce précepte était admissible quand on croyait la fièvre intermittente produite ordinairement par des matières pituiteuses, saburrales, muqueuses, putrides, etc., contenues dans les premières voies; quand on craignait que le quinquina fût comme noyé ou perdu dans ces matières, et son effet annulé par ce mélange impur ! Si l'on n'a plus en général ces idées, beaucoup de praticiens conservent encore le précepte qui en découle, ou le respectent par habitude. Dans les fièvres intermittentes que nous avons observées à l'hospice de la Charité, par exemple, nous n'avons jamais vu administrer le quinquina, sans qu'on eût fait, la veille ou le même jour, précéder son emploi par celui d'un émétique ou d'un éméto-cathartique. Ces derniers remèdes n'ont

point empêché l'action de l'écorce du Pérou; mais cette action en a-t-elle été favosisée? Nous ne le pensons pas, et voici pour quelles raisons : nous avons vu, dans plusieurs autres hôpitaux de Paris, ce précepte n'être point suivi par des praticiens non moins recommandables, et le quinquina produire un effet tout aussi avantageux, avec la différence que, dans ce dernier cas, les malades n'étaient point soumis à une épreuve toujours pénible sinon funeste; et, tout en prenant leurs doses de quinquina, ils conservaient ordinairement leur appétit; ce qui n'avait point lieu dans le premier cas, surtout durant les premiers jours qui suivaient l'administration des évacuants et du quinquina.

On voit d'ailleurs, en parcourant les auteurs anciens et modernes, qu'un grand nombre a négligé ou n'a point suivi le précepte relatif à l'emploi des évacuants : Voulonne, entre autres, réfléchissant au peu de fondement de ce précepte, dit qu'il l'a souvent négligé sans avoir eu à s'en repentir. Ce que nous avons dit de l'émétique peut s'appliquer à tous les évacuants en général; il ne faut point, à l'exemple de quelques routiniers, se faire de leur emploi dans le traitement des fièvres intermittentes un précepte rigoureux, ni une sorte d'obligation souvent préjudiciable aux malades. Une autre preuve que ces moyens ne sont point indispensables, ni même utiles à la guérison des fièvres d'accès, et pour préparer les malades à l'ingestion du quinquina, c'est qu'on n'y a point recours dans les cas les plus graves, et lorsqu'il se présente une fièvre intermittente ataxique ou pernicieuse. On s'empresse d'arrêter très promptement cette fièvre par l'administration du quinquina, sans y avoir nullement préparé les malades par les apéritifs et les évacuants. Voit-on que l'efficacité du quinquina soit alors moins grande, et n'est-ce pas au contraire dans ces cas que les effets de ce médicament sont le plus héroïques?

Cependant on ne peut révoquer en doute l'utilité des évacuants dans certains cas; et s'ils peuvent quelquefois disposer les malades à l'emploi du quinquina, ce n'est absolument que quand il reste, durant l'apyrexie, quelques symptômes bien évidents d'embarras gastrique ou intestinal. Tant que les fonctions digestives ne se rétablissent point parfaitement durant l'intervalle des accès fébriles, nous avons dit que l'usage du quinquina ou du sulfate de quinine était plus ou moins contre-indiqué. Dans quelques cas de ce genre, on conçoit que les évacuants puissent être

d'une utilité réelle, soit en éloignant des causes immédiates ou matérielles d'irritation, soit en rétablissant les fonctions digestives, et en rendant l'apyrexie plus complète. Il faut donc en général, dans le traitement des fièvres intermittentes, il faut considérer les évacuants comme des moyens accessoires ou supplémentaires dont on ne peut tirer parti que d'après des indications particulières et bien positives. Mais il est une remarque très importante relative à l'emploi des évacuants, c'est qu'ils ne se bornent pas à évacuer les matières contenues dans le canal digestif; ils provoquent encore une sécrétion plus ou moins abondante de matières séreuses ou séro-albumineuses dont l'expulsion au dehors et la déperdition ne laisse pas que d'affaiblir beaucoup les malades. De sorte que l'indication des évacuants, qui peut être sans danger et même plus ou moins efficace dans le début de la maladie, plus tard devient presque toujours très chanceuse et souvent funeste. Un éméto-cathartique agit sous ce rapport comme la saignée, il affaiblit souvent autant qu'elle, et n'enlève pas moins de matériaux au sang où sont puisés tous les matériaux des sécrétions; c'est une évacuation de fluides blancs opérée par des vaisseaux sécréteurs et exhalants, comme les évacuations sanguines le sont par les vaisseaux capillaires ou par les veines. Si cette remarque n'avait pas été faite par les anciens, du moins l'expérience leur avait appris que c'était toujours dans le début des fièvres intermittentes qu'il fallait évacuer. Nul doute que, dans les cas où ils sont indiqués, les évacuants, en affaiblissant les malades, n'agissent comme les évacuations sanguines, qui, chez les individus pléthoriques, disposent toujours convenablement les malades à l'ingestion du quinquina. Ainsi l'on fera vomir s'il reste du dégoût, de l'inappétence, des envies de vomir, et surtout un sentiment de plénitude et de pesanteur dans la région épigastrique après que l'accès est terminé; de même si, durant l'intermission, les évacuations alvines n'avaient pas lieu convenablement, s'il y avait constipation, et quelques autres symptômes d'embarras intestinal, on aurait recours à quelques légers purgatifs. Il y a aussi certaines nuances de fièvres rémittentes et intermittentes muqueuses qui, d'après l'expérience de Finke, de Rœderer et Wagler, sont traitées avec succès par les évacuants, seuls ou unis au quinquina. Tantôt on fait précéder ce dernier par l'administration de l'ipécacuanha, tantôt on administre le quinquina associé à la rhubarbe et au sulfate de ma-

gnésie; mais en général il faut bien prendre garde de prodiguer les évacuants dans les maladies dont il s'agit, de se laisser entraîner par les préjugés encore trop répandus à cet égard, et par cette tendance qu'ont plusieurs médecins de vouloir sans cesse évacuer des matières bilieuses, putrides ou autres, quand ils observent les plus légers symptômes gastriques, tels que l'inappétence, un état pâteux de la bouche, une teinte blanchâtre ou jaunâtre de la langue, etc. Ces symptômes seuls ne contre-indiquent point l'administration du quinquina ou du sulfate de quinine; combien de fois n'a-t-on pas vu cet état de la bouche et de la langue disparaître, et l'appétit renaître sous l'influence de quelques doses de quinquina, et particulièrement de sulfate de quinine! Non, en pratique comme en théorie, il ne faut jamais être exclusif; il faut voir les faits et les indications thérapeutiques tels que la nature nous les offre, c'est-à-dire avec ses innombrables formes, variétés et exceptions, afin de savoir tirer un parti convenable et parfaitement adapté aux circonstances de tous les moyens thérapeutiques qui sont à notre disposition, afin de se mettre en garde contre les abus, surtout ceux qui ont rapport à l'emploi des évacuants, parce qu'il n'y a pas de moyens dont on ne soit plus disposé à abuser, et dont les effets soient plus préjudiciables aux malades. Ce n'est point ici un précepte entaché de nouveauté, car de leur temps, Sydenham, Morton, Werlhof, etc., se plaignaient déjà de l'abus qu'on faisait des évacuants, et particulièrement des purgatifs, dans le traitement des fièvres intermittentes. Ces grands praticiens attribuaient à l'emploi trop fréquent et intempestif de ces moyens une foule d'accidents dont on accusait ensuite la fièvre ou le quinquina. « L'usage indiscret des évacuants, dit M. Castel, produit plus de fièvres intermittentes pernicieuses que les exhalaisons des marais et tout ce qu'il y a de miasmes délétères. La plupart des praticiens font vomir dès le début d'une fièvre, quelle qu'elle soit. Les purgatifs, quoique moins prodigués, sont encore plus nuisibles. C'est après de tels essais qu'on impute au caractère même de la fièvre un accroissement ou une dégénération qui sont le résultat des médicaments prescrits sans mesure et sans indications. Ce que je viens de dire de la dégénération des fièvres intermittentes en fièvres pernicieuses est applicable à la dégénération des fièvres rémittentes et des continues en putrides et ataxiques. Les résultats de ma pratique dans un hôpital considérable m'encouragent

à publier que dans les six dernières années il ne m'est presque jamais arrivé de prescrire des évacuants, même des émétiques, dans la fièvre continue, ni dans la fièvre rémittente (1). »

Usage de la saignée. L'illustre Corvisart attaquait de prime abord la plupart des fièvres intermittentes par l'usage de la saignée et de l'émétique ; le professeur Bosquillon, par la saignée et l'ipécacuanha. C'est là, il faut en convenir, une méthode antiphlogistique très hardie et très affaiblissante, mais qui, employée au début de la maladie, peut la faire avorter ; d'autant plus que la saignée blanche ou l'évacuation sécrétoire produit en même temps une secousse qui, après la saignée, devient peut-être plus favorable pour ramener les fonctions digestives à leur état normal. Mais ce mode de traitement ne peut point être adopté d'une manière générale, parce qu'il y a beaucoup d'individus qui se trouveraient comme anéantis par cette double évacuation, et à qui elle serait préjudiciable. Nous avons indiqué les règles à suivre pour l'usage des évacuants ; voici pour la saignée : si la fièvre intermittente attaquait un individu sanguin, d'une forte constitution, pléthorique ; s'il y avait des symptômes fébriles et inflammatoires très intenses, il faudrait, si l'on était appelé pendant l'accès, pratiquer une saignée aussitôt après sa terminaison ; mais si l'on se trouvait auprès du malade immédiatement avant l'accès, ou au moment qu'il débute, il faudrait recourir tout de suite à ce moyen. On doit également pratiquer très promptement une saignée toutes les fois que, d'après la violence de l'accès précédent et l'état actuel du malade, l'on peut craindre un raptus de sang ou une congestion funeste vers quelque organe important, comme le cerveau, les poumons, etc. Dans ces cas, il ne faut point hésiter à pratiquer une abondante saignée immédiatement avant l'accès, et même quand la période de froid a déjà commencé, si l'on n'arrive qu'à cette époque auprès du malade. Hors ces cas particuliers et pressants, il faut en général s'abstenir de saigner pendant le frisson de la fièvre, parce qu'il peut en résulter des accidents d'après l'expérience de plusieurs praticiens recommandables ; Sydenham et Barthez, entre autres, pensent qu'elle est toujours nuisible, à moins qu'elle ne suspende immédiatement l'accès, ce qui est fort rare. La période de froid une fois terminée, on peut attendre la fin de l'accès avant

(1) *Journal général de médecine*, t. LVI.

d'avoir recours au moyen dont il s'agit, parce qu'alors le plus grand danger est passé. Cependant il y a bien des cas encore où il convient de saigner pendant la période de chaleur, et dans lesquels il faut saigner le plus promptement possible, et quelle que soit la période de l'accès fébrile, comme quand il survient des symptômes qui indiquent un commencement de congestion vers les principaux viscères. Il faudrait de plus recourir tout de suite aux antiphlogistiques locaux les mieux indiqués, et aux moyens révulsifs les plus énergiques. Le mal de tête très violent qui commence avec l'accès, augmente avec la chaleur, et qui continue pendant l'intermission, doit être constamment attaqué par la saignée, particulièrement celle du pied, à laquelle il faut joindre quelques applications de sangsues au fondement.

Mais la saignée doit-elle être pratiquée dans toutes les fièvres intermittentes, quel que soit leur type, comme le pensent plusieurs médecins ? ou bien y a-t-il seulement quelques unes de ces fièvres, la fièvre quarte par exemple, qui l'exigent constamment comme l'assurent Stahl, Senac, Bosquillon, M. Récamier, etc. ? La saignée n'est point utile à la guérison de toutes les fièvres intermittentes ; il n'en est aucune, quel que soit son type, qui exige ce moyen d'une manière constante et générale ; mais quelle que soit la nuance de type et de forme d'une fièvre intermittente, elle exige la saignée pour sa guérison toutes les fois que les accès sont très intenses, les symptômes inflammatoires bien prononcés, chaque fois que le malade est jeune, d'une constitution sanguine, qu'il présente un pouls dur, fréquent, une peau sèche, chaude ou froide partiellement, la respiration gênée, la langue rouge et aride, une céphalalgie violente, un sentiment de malaise général, d'anxiété, d'accablement ou d'agitation ; enfin, dans tous les cas où il se présente quelques symptômes inflammatoires par suite de la suppression des menstrues ou d'un écoulement sanguin habituel quelconque. Mais il ne faut point, parce qu'une fièvre ou une irritation quelconque présente le type quarte, établir qu'elle exige toujours la saignée. Sans doute il peut arriver que l'emploi de ce moyen soit plus fréquemment indiqué chez les individus attaqués d'affections intermittentes quartes, s'ils se trouvent plus souvent dans les conditions qui indiquent la saignée ; or, c'est ce dont on ne peut guère douter, parce que c'est assez ordinairement dans les deux extrêmes de la vie que surviennent ces affections ; et l'on sait

que dans les premiers âges de la vie, la pléthore est fréquente, que les fonctions digestives jouissent d'une très grande activité. On sait aussi que, dans un âge avancé, toute la vie est presque concentrée dans les viscères digestifs, qui, pour cette raison, sont plus sujets à s'affecter d'une manière continue ou périodique, et à provoquer sympathiquement des congestions funestes du côté du cerveau. Nous dirons au reste de la saignée ce que nous avons dit des évacuants, avec cette différence que les secours qu'on retire de la première sont en général bien plus grands et plus indispensables que ceux qu'on attend des seconds. Si la saignée, dans le traitement des fièvres intermittentes, est un moyen ordinairement secondaire ou accessoire comme les évacuants, il y a bien des cas où il est indispensable de la pratiquer, où son utilité est bien au-dessus de celle du quinquina lui-même, puisque sans elle le malade succomberait avant qu'on pût administrer ce médicament ou qu'il eût le temps d'agir convenablement; d'ailleurs son emploi seul peut devenir un moyen curatif, comme nous en avons rapporté plusieurs exemples.

Nous ferons une dernière remarque assez importante relativement à l'usage de la saignée et des évacuants, c'est qu'il faut tirer les indications de leur emploi, bien moins du groupe de symptômes qui constitue les accès fébriles, que de l'état dans lequel se trouve le malade durant l'intervalle qui les sépare; car si aucun des symptômes qui semblaient indiquer l'usage de ces moyens durant l'accès ne persiste, celui-ci étant terminé, il n'est point nécessaire d'y avoir recours. Supposons que durant l'intermission le malade se trouve comme dans l'état sain, qu'il ait de l'appétit, qu'il mange, digère et évacue convenablement; on ne voit pas pourquoi il faudrait l'évacuer par le haut ou par le bas, bien qu'il ait présenté durant l'accès fébrile des symptômes gastriques assez prononcés, tels que dégoût, nausées, envie de vomir, langue blanche et jaunâtre à son centre, constipation, etc.

De même si le malade était ni jeune, ni très sanguin, ni pléthorique, et qu'il n'offrît aucune exhubérance bien marquée de forces, nous ne voyons pas pourquoi on voudrait lui tirer du sang, quoique pendant la période de chaleur fébrile son pouls fût dur, plein, fréquent, que toute la surface de son corps fût rouge, chaude, injectée, et qu'il fût alors dans un état d'excitation générale et de pléthore apparente; parce que tous ces symptômes qui durant l'accès semblaient exiger l'emploi de la saignée ou des

évacuants, sont sympathiques de l'irritation ou de la congestion passagère et ordinairement gastro-entérique qui constitue l'accès fébrile; irritation ou congestion dont le propre est de revenir à des époques déterminées. Or, l'on sait qu'en général ces moyens n'empêchent pas cette récidive; on sait qu'ils ne servent le plus souvent qu'à éloigner les complications, à régulariser cette irritation intermittente, à la ramener à son type périodique quand elle s'en écarte, comme Senac l'a particulièrement observé pour la saignée. Ce grand praticien a souvent, par des évacuations sanguines, ramené à leur état de simplicité des fièvres tierces ou quartes qui étaient devenues doubles. Par une saignée faite à propos, il a souvent fait remonter l'intermittence des fièvres qui avançaient vers la continuité. D'après Huhxam, il ne faut jamais omettre de pratiquer une saignée quand on voit les accès de la fièvre intermittente tirer en longueur et se rapprocher plus qu'à l'ordinaire.

Nous venons de parler des moyens les plus efficaces dont l'art puisse disposer contre les fièvres intermittentes; après eux nous en citerons une infinité d'autres qu'on a successivement employés, et dont on a préconisé tour à tour les bons effets contre ces fièvres. Quand on réfléchit qu'il y a peu ou point de maladies contre lesquelles on possède des remèdes aussi sûrs que contre les fièvres d'accès, on a lieu de s'étonner qu'on ait fait sur leur traitement des expériences aussi multipliées et qu'on ait essayé contre elles un si grand nombre de remèdes. La multiplicité des remèdes dans le traitement d'une même maladie annonce souvent la nullité de tous ou le défaut absolu d'un moyen efficace quelconque. Il n'en pas ainsi pour les fièvres intermittentes : depuis bien long-temps on ne doute plus de l'efficacité du quinquina contre elles; si l'on a essayé d'obtenir leur guérison à l'aide de beaucoup d'autres moyens, c'est sans doute dans l'espoir de trouver au milieu de nous des remèdes aussi efficaces que lui, mais moins dispendieux et plus facilement à notre disposition. Si l'on n'est point arrivé au but désiré, on peut dire que ce n'est pas faute d'essais, car peu s'en faut qu'on ait exploité toute la matière médicale contre les fièvres dont il s'agit. Parmi tous les remèdes qu'on a voulu substituer au quinquina, il y en a dont l'expérience a déjà constaté bon nombre de fois l'efficacité contre les fièvres d'accès, tel est en particulier le sulfate de fer, dont M. Marc a fait connaître l'emploi et les nombreux

succès dans un mémoire publié en 1810 (1). Il résulte des faits recueillis par ce praticien distingué, que le sulfate de fer, à la dose d'un demi-gros ou d'un gros par jour et pris en différentes fois, aurait une action d'autant plus prononcée et plus sûre contre les fièvres intermittentes, que l'intervalle compris entre leurs accès serait plus long; qu'il réussirait par conséquent beaucoup mieux contre les fièvres quartes, quintanes, etc., que contre les fièvres tierces, double-tierces et quotidiennes. Ce résultat est bien important si l'on fait attention que c'est contre les fièvres quartes que les préparations du quinquina échouent le plus souvent; dans ce cas, du moins, il semblerait que le succédané devrait être adopté définitivement si le résultat obtenu par M. Marc était confirmé par de nouveaux succès. Quelques médecins allemands emploient de préférence au sulfate de quinine contre les fièvres intermittentes, l'hydrocyanate de fer en poudre, mêlé au sucre, à la dose de quatre à six grains, deux ou trois fois dans l'intervalle apyrétique.

On a employé quelquefois comme moyens fébrifuges astringents, les sulfates de cuivre, de zinc, d'alumine et de potasse; mais l'effet n'a pas répondu à l'espoir qu'on avait de tirer parti de ces médicaments contre les fièvres intermittentes. On a beaucoup parlé, et peut-être avec exagération, des succès obtenus contre ces fièvres par certaines préparations d'arsenic, surtout par l'arseniate de potasse et de soude. C'est principalement en Angleterre qu'on a multiplié les essais de ce genre; l'usage de l'arsenic contre les fièvres d'accès est devenu très fréquent dans cette contrée depuis l'espèce de vogue donnée à ce remède par les expériences du docteur Fowler. La solution minérale qui porte aujourd'hui le nom de ce médecin est administrée à la dose de dix à douze gouttes trois fois par jour. M. Fodéré, professeur et doyen de la faculté de médecine de Strasbourg, a guéri aussi un grand nombre de fièvres intermittentes de tous les types avec l'arseniate de soude dissous dans l'eau distillée, dans les proportions d'un grain par once de liquide. Ce savant praticien recommande avec raison la plus grande circonspection dans l'emploi de ce remède, qui, donné à trop forte dose, arrête bien, dit-il, les accès de la fièvre, mais en déterminant des accidents

(1) *Recherches sur l'emploi du sulfate de fer dans le traitement des fièvres intermittentes.*

plus graves que la fièvre elle-même (1). Nous pensons qu'il est prudent de renoncer à l'usage d'un médicament aussi dangereux toutes les fois qu'on peut s'en procurer d'autres, et qu'il n'est pas urgent d'attaquer tout de suite la fièvre intermittente, parce que si l'emploi de ce moyen compte des succès, il n'est point rare qu'il détermine des altérations profondes de la muqueuse digestive, qui finissent par faire succomber d'une manière lente et chronique les malades débarrassés ainsi de leurs fièvres d'accès, et parce qu'indépendamment de leur action caustique sur l'estomac, les préparations d'arsenic peuvent être absorbées et produire des effets funestes sur les organes de la respiration : on a vu des inflammations gangréneuses du poumon suite de l'empoisonnement par de tels remèdes.

Parmi les médicaments tirés du règne végétal, il en est un grand nombre qu'on a essayé de substituer au quinquina, et dont on a obtenu des effets plus ou moins avantageux : tels sont parmi les amers indigènes, la petite centaurée, qui a été surnommée par quelques auteurs le *quinquina européen*; les fleurs de camomille, dont Pringle dit avoir obtenu de très bons effets; l'arnica-montana, dont Stoll faisait un fréquent usage, et qu'il appelle le *quinquina des pauvres*; l'absinthe, qui a été employée assez souvent avec succès par le professeur Pinel contre les fièvres intermittentes de tous les types; le *china-bicolorata* ou *solanum speudo-china*, qui, selon le professeur Brera, a guéri toute espèce de fièvres intermittentes. Nous citerons encore les racines amères de bénoîte, de gentiane; les racines astringentes de bistorte, de tormentille; les écorces de saule blanc, de chêne, de marronnier d'Inde, d'oranger, d'olivier, etc. L'écorce du marronnier d'Inde a paru à M. Fouquier le plus efficace de tous les succédanés végétaux du quinquina. D'après un grand nombre d'expériences faites en Espagne, de 1808 à 1813, par des médecins français, et réitérées dans les dernières campagnes d'Espagne et de Morée par M. Pallas, il paraît hors de doute que la feuille et surtout l'écorce de l'olivier d'Europe, contienne un principe amer propre à combattre les fièvres intermittentes. L'extrait amer d'olivier, employé à la dose de deux gros dans une potion de trois à quatre onces de liquide, et donné en deux fois durant l'apyrexie, réussit parfaitement, dit-on, à prévenir des accès

(1) *Essai de physiologie positive*, t. III.

fébriles quelconques ; on peut sans inconvénient en élever la dose jusqu'à six et huit gros employés de la même manière (1). Des faits recueillis par différents médecins, et en particulier par le docteur Émile Rousseau (2), tendent à prouver l'efficacité des feuilles de houx (*ilex aquifolium*), à la dose de deux ou trois gros, macérées à froid pendant douze heures dans un verre de vin blanc qu'on fait avaler trois heures avant l'accès présumé. Il est bien à désirer que l'expérience confirme les bons effets médicamenteux d'un arbuste qui se trouve partout à notre disposition et qu'on peut recueillir à toutes les époques de l'année, puisqu'à toutes ces époques ses feuilles restent vertes et conservent les mêmes propriétés. Sans doute il est bon de connaître les succédanés du quinquina, afin d'y avoir recours dans les cas où il n'est pas possible de se procurer ce dernier médicament ; mais toutes les fois qu'on peut avoir à sa disposition du sulfate de quinine, nous croyons qu'il n'y a point à hésiter dans son emploi pour la certitude du succès et la solidité de la cure des fièvres intermittentes, toutes les fois qu'elles résistent aux premiers moyens diététiques et antiphlogistiques dirigés contre elles. Parmi les substances végétales exotiques qu'on a substituées au quinquina, nous citerons la cascarille, la cannelle, l'angusture, le cassia, le simarouba, la noix de galle, la gomme kino, le poivre cubèbe, etc. On a employé contre les fièvres intermittentes la noix vomique, la fève de Saint-Ignace ; Lind dit avoir administré avec succès cette dernière substance à la dose de deux grains, immédiatement avant l'accès. Il y a peu de temps que M. Gordini, médecin des hôpitaux de Livourne, a publié plusieurs faits qui tendent à prouver que l'emploi du piperin en poudre, à la dose de six ou huit grains, peut guérir les fièvres intermittentes les plus rebelles, celles même qui résistent au sulfate de quinine. Ce praticien assure même que les fièvres qui ont été guéries par le piperin sont moins sujettes aux récidives (3).

On a également puisé des moyens *fébrifuges* dans la classe des remèdes dits antispasmodiques et calmants. Parmi ces derniers c'est surtout à l'opium qu'on a donné la préférence, et dont on a obtenu les meilleurs effets, en l'employant quelquefois seul et

(1) *Réflexions sur l'intermittence et sur l'emploi de l'olivier d'Europe.*
(2) *Journal hebdomadaire de méd.*, t IV.
(3) *Annali universali di medicina d'Omodei.*

plus souvent combiné avec d'autres moyens, tels que le camphre, l'éther, et surtout le quinquina; on a observé que l'association de l'opium à l'écorce du Pérou en assurait constamment l'efficacité dans quelques cas où l'irritation fébrile et périodique était d'une nature plutôt nerveuse qu'inflammatoire, comme nous en avons rapporté des exemples. La combinaison des moyens opiacés et calmants avec le sulfate de quinine est souvent utile alors même que la lésion locale est de nature inflammatoire, spécialement chez les sujets nerveux et très irritables, ou dont la susceptibilité gastrique est telle qu'ils ne peuvent supporter les préparations de quinquina sous aucune forme si on les emploie seules, et sans la combinaison dont il s'agit. Le plus souvent ce sont les moyens antiphlogistiques qui font disparaître cette susceptibilité; cependant il y a des cas où ils ne font que l'augmenter, et dans lesquels il faut se hâter d'unir l'opium à l'extrait de quinquina ou au sulfate de quinine pour quece dernier médicament soit supporté et produise de bons effets. Hoffmann a employé avec succès sa liqueur anodine dans certains cas de fièvres intermittentes. Vingt-cinq à trente gouttes de cette liqueur, données peu de temps avant l'accès, ont quelquefois prévenu ce dernier; il en est de même de l'ammoniaque à la dose de quinze à vingt gouttes dans une potion. Senac, Cullen, Morgagni, ont retiré de bons effets de l'opium dans le traitement des fièvres intermittentes, accompagnées de symptômes nerveux. Senac l'employait combiné avec le camphre et le castoréum contre certaines fièvres intermittentes rebelles à tous les autres moyens. Lind, qui a fait beaucoup d'expériences sur les narcotiques, a observé que l'opium donné pendant le paroxysme d'une fièvre intermittente rendait l'accès plus court, plus léger, et l'intermission plus complète. Il regarde ce moyen, non comme un fébrifuge, mais comme un puissant auxiliaire du quinquina dans plusieurs circonstances. Telle est aussi l'opinion de Barthez, qui a obtenu de très bons effets de l'emploi de l'opium, soit seul, soit uni au quinquina, dans plusieurs cas de fièvres intermittentes très opiniâtres. M. Audouard emploie avec succès contre ces fièvres des bols composés d'un gros d'opium, d'un demi-gros de camphre, et autant d'aloès succotrin; le tout, trituré avec du sirop, sert à former soixante bols qu'on administre un par un toutes les deux heures durant l'intermission. Mais, en parlant des bons effets qu'on a obtenus de l'usage de l'opium dans plusieurs cas de fièvres

intermittentes, nous ne devons pas omettre de dire qu'il y en a beaucoup d'autres où l'emploi de ce moyen serait non seulement inutile, mais encore dangereux et très nuisible. Il n'est pas rare qu'il n'en résulte une impulsion du système circulatoire tel, que les congestions au cerveau et sur la moelle épinière sont imminentes et plus ou moins rapides; de là un trouble remarquable des facultés intellectuelles et locomotrices, un état de stupeur ou des céphalalgies insupportables. Ces effets sont surtout à craindre chez les enfants et les vieillards. MM. Fournier et Vaidy ont obtenu de très bons effets de la valériane en poudre à la dose d'un à trois gros pendant l'intervalle des accès fébriles. Nous rapportons un exemple d'intermittente quarte guérie par l'emploi de la valériane jointe au muriate d'ammoniaque. Des médecins allemands préconisent l'extrait de jusquiame contre beaucoup de fièvres intermittentes. Plusieurs médecins italiens attestent l'efficacité de l'acétate de morphine contre ces fièvres, même les plus pernicieuses.

On a souvent combiné ensemble plusieurs des nombreux médicamens que nous venons d'énumérer, afin d'en obtenir des effets plus marqués et plus constants; une combinaison des plus renommées est celle qui a pour but d'imiter le quinquina en unissant des substances dans chacune desquelles prédomine un des principes constituants de cette écorce. C'est ainsi qu'on a proposé d'unir des substances amères, aromatiques et astringentes, telles que la gentiane, la cannelle et la noix de galle; mais toutes ces tentatives n'ont eu que des succès éphémères, parce qu'il n'est point donné à l'homme d'imiter parfaitement les produits de la nature. Le quinquina n'a jamais été ni reproduit par des combinaisons chimiques, ni remplacé d'une manière générale dans sa puissante vertu antipériodique. Plusieurs des nombreux moyens qu'on lui a substitués comptent à la vérité des succès qui les ont fait proclamer dans les livres de médecine comme des succédanés du quinquina ou du sulfate de quinine; mais si, en exposant le résultat des expériences qu'on a faites à cet égard, on eût toujours mis en parallèle les insuccès avec les succès, combien de fois le résultat de ces derniers n'eût-il pas été négatif! Nous sommes persuadé qu'il faut constamment employer les préparations de quinquina de préférence à tous les moyens à l'aide desquels on a essayé de les remplacer jusqu'à ce jour, parce que ces moyens exercent sur la muqueuse digestive une action stimulante à peu

près aussi marquée que celle du quinquina lui-même, et parce que plusieurs sont bien plus dangereux que lui, sans être jamais aussi efficaces.

Quelque légère et bénigne que soit une fièvre intermittente, dans quelque saison qu'elle apparaisse, ou bien il suffit pour la guérir de quelques jours de régime et d'un traitement antiphlogistique très modéré, ou il faut avoir recours à un traitement plus actif; dans ce dernier cas, l'écorce du Pérou ou le sulfate de quinine en triomphera toujours bien plus promptement et plus sûrement que tout autre moyen. Faudrait-il, par la raison qu'une fièvre d'accès ne fait pas courir de danger aux malades, ou parce que la saison est favorable à sa guérison, n'employer que des amers, indigènes dont l'effet est toujours plus lent et jamais aussi certain que celui du quinquina? Non sans doute. A plus forte raison ne doit-on pas employer des substances minérales, qui, beaucoup moins efficaces, sont toujours plus dangereuses que lui. Si l'on n'avait pas de quinquina, il est évident qu'il faudrait tirer le meilleur parti possible des moyens dont il s'agit, en faisant toutefois le choix le plus convenable à la circonstance dans laquelle on se trouve.

Il nous reste à parler de quelques moyens particuliers dont les bons effets contre les fièvres intermittentes ont été constatés par un trop petit nombre d'observations pour qu'ils puissent inspirer une véritable confiance; telles sont les affusions et les immersions d'eau froide recommandées par Giannini. Selon ce praticien, l'immersion dans l'eau froide est le remède spécifique de l'accès actuel, comme le quinquina est celui de l'accès à venir. Mais, outre que ce remède est dangereux, n'est-il pas reconnu que l'accès actuel n'a pas besoin de remède puisqu'il disparaît de lui-même? Alors, à quoi bon exposer ce malade à un moyen dangereux qui n'exempte pas d'avoir recours au quinquina pour prévenir les accès suivants? Baillou a vu l'usage de ce moyen causer la mort dans les convulsions chez un homme atteint de fièvre tierce. Nous rangeons dans la même catégorie la méthode anglaise ou du tourniquet, que le docteur Currie a le premier employée contre les fièvres intermittentes. Cette méthode consiste à appliquer, immédiatement avant l'accès fébrile, des tourniquets sur les principales artères de deux membres différents et opposés, comme au bras gauche, par exemple, et à la cuisse droite, ou bien à la cuisse gauche et au bras droit. Quelques

fièvres intermittentes ont cédé à ce moyen singulier; mais l'expérience n'en a point assez confirmé l'efficacité pour qu'on puisse lui donner quelque préférence (1). Telles sont aussi les ligatures circulaires des membres sur lesquels plusieurs médecins ont fait des essais contre les fièvres intermittentes, particulièrement

(1) Pendant que j'étais élève interne à l'hospice clinique de la Charité, on a fait l'essai du moyen dont il s'agit sur un individu âgé de vingt huit ans, d'une forte constitution, qui était atteint depuis un an d'une fièvre quarte très régulière et qui n'avait point altéré ses forces ni diminué son embonpoint; il avait bon appétit, et se livrait à ses occupations de laboureur pendant tout le temps de l'intermission. Cet homme avait déjà pris inutilement beaucoup de remèdes contre sa fièvre; il vint à l'hospice clinique pour s'en faire débarrasser. Avant de lui administrer le quinquina, on voulut essayer sur lui la méthode du tourniquet. Me trouvant de garde à l'hospice le jour qu'on fit cet essai (le 7 août 1818), j'assistai M. le docteur Laroche, aide de clinique, pendant qu'il appliqua le moyen dont il s'agit. Au moment où la période de froid commençait à se manifester, nous plaçâmes un tourniquet sur l'artère brachiale gauche, et un autre sur l'artère crurale du côté droit. Pendant l'application des tourniquets, qu'on laissa pendant environ vingt-cinq minutes, le malade était dans un malaise général, mais n accusait aucune douleur particulière, si ce n'est celle causée quelquefois par les tourniquets. Nous crûmes d'abord que l'accès ne viendrait point, mais une heure après que nous eûmes enlevé les tourniquets, le malade fut pris d'un accès qui fut aussi long et aussi intense qu'à l'ordinaire. Le 10 août, nous réitérâmes cet essai sur le même malade, nous appliquâmes de même les tourniquets immédiatement avant l'accès, nous les laissâmes appliqués une bonne demi-heure. Pendant presque tout le temps de l'application des tourniquets, et surtout vers la fin, la circulation était si ralentie que le pouls battait à peine cinquante fois par minute, mais aussitôt que nous eûmes enlevé les tourniquets, le pouls reprit bientôt sa vitesse ordinaire. Le malade était alors dans un état de fatigue et d'assoupissement tel qu'on eût dit qu'il allait faire un long sommeil. Il ressentait un peu de douleur le long de la cuisse sur laquelle avait été appliqué le tourniquet, c'était cette fois la cuisse gauche. Après deux ou trois heures d'attente inutile, nous crûmes que le malade n'aurait pas d'accès ce jour-là, mais nous fûmes encore trompés dans notre attente : l'accès fut seulement retardé de plusieurs heures et se manifesta comme auparavant, excepté qu'il fut moins long et moins intense que le précédent.

Nous nous proposions de continuer ces essais, mais le malade, croyant que nous nous amusions à faire sur lui des expériences qui n'avaient pas pour but sa guérison, demanda à sortir pour quelques heures de l'hospice, et n'y est point rentré.

Nous ne dirons rien des prétendus *remèdes vulgaires* introduits par le charlatanisme, accrédités par l'ignorance, par une aveugle crédulité, et qui n'ont d'autre effet que celui qu'ils produisent sur l'imagination des malades; tels sont : l'urine, les ongles d homme et d élan, les os de sèche, la pellicule des œufs, les toiles d'araignée, les mouchures de chandelle, les cloportes, lézards, sauterelles, vers, grenouilles vivantes, certains poissons crus, des poils arrachés à des parties déterminées du corps, les amulettes et diverses épicarpes ou épithèmes de grenouilles, de sardines salées, de harengs saurs d'araignées, etc.

MM. Lallemand et Bourgeois. M. Chauffard, à qui ce moyen a réussi contre les fièvres dont il s'agit, pense qu'il agit en provoquant une révulsion, ou plutôt une congestion externe dérivative.

ARTICLE II.

TRAITEMENT DES FIÈVRES RÉMITTENTES, HÉMITRITÉES, CONTINENTES, PSEUDO-CONTINUES OU SUB-CONTINUES DES AUTEURS.

C'est surtout pour le traitement de ces fièvres qu'on sent bien la nécessité d'une bonne théorie, quand on observe le vague et l'incertitude dans lesquels se trouvent à cet égard les praticiens même les plus célèbres ; quand on voit le désaccord affligeant qui règne dans les auteurs touchant les règles à suivre pour le traitement de ces affections. Ainsi, sous le rapport de l'administration du quinquina, embrasserons-nous l'opinion de Morton et de Lautter, qui veulent donner ce médicament dans tous les cas de fièvres rémittentes? ou bien adopterons-nous le sentiment de Ramazzini, de Senac et de plusieurs autres médecins non moins recommandables, qui proscrivent au contraire l'écorce du Pérou du traitement des fièvres dont il s'agit? Nous pourrions choisir des autorités plus récentes, et dire : Faut-il, avec un savant professeur de Montpellier (Baumes), administrer constamment le quinquina contre les fièvres rémittentes ? ou bien, faut-il, avec un illustre professeur de Paris (Pinel), ne point employer ce médicament dans ces fièvres, ou n'y avoir recours que dans la convalescence des malades ? Imiterons-nous ceux qui semblent tenir le milieu entre ces opinions contradictoires, et qui établissent comme règle générale qu'il faut administrer le quinquina contre les fièvres rémittentes toutes les fois qu'elles ont commencé avec le type intermittent, et qu'il ne faut jamais y avoir recours lorsque ces fièvres ont d'abord présenté le type continu? Cette opinion de quelques écrivains modernes était aussi celle de Quarin, qui dit qu'on ne doit donner l'écorce du Pérou, dans les cas dont il s'agit, que quand c'est une fièvre intermittente qui a passé au type rémittent, et lorsqu'il n'y a pas long-temps que cette dégénérescence a eu lieu, parce qu'il suppose alors que la fièvre rémittente tient encore de sa première nature dont elle n'a pas eu le temps de s'écarter ! Voulonne pensait aussi qu'on ne devait administrer cette écorce contre la fièvre rémittente que quand cette fièvre se rapproche davantage de l'intermittence que de la continuité.

Enfin, faut-il, lorsque la fièvre se présente dès le principe avec le type rémittent, sans jamais avoir été ni continue, ni intermittente, faut-il administrer le quinquina toutes les fois que la fièvre rémittente se manifeste au printemps ou en automne, dans un lieu bas et humide, dans le voisinage d'un marais ou lorsqu'on observe en même temps des fièvres intermittentes? Faut-il proscrire à jamais ce médicament lorsque la fièvre rémittente se présente dans des circonstances opposées (1)? Nous n'adopterons aucune de ces opinions d'une manière générale et exclusive. Mais, afin de ne pas nous égarer dans le choix des moyens thérapeutiques, nous tâcherons toujours de saisir, dans le groupe des phénomènes nombreux et très variés qui constituent les paroxysmes fébriles, ce qu'il y a de positif, de matériel, c'est-à-dire le degré d'irritation des organes malades; c'est là en effet la vraie pierre de touche pour tout médecin qui veut arriver aux indications les plus sûres du traitement d'une maladie quelconque. Le type de la maladie, ses phénomènes divers, nous serviront à évaluer ce degré d'irritation, et dès que nous le connaîtrons nous agirons en conséquence, sans nous inquiéter si la fièvre est rémittente ou si la nuance d'irritation locale que nous aurons découverte a d'abord présenté un type intermittent ou un type continu, si l'on est au printemps ou en automne, s'il règne en même temps des fièvres intermittentes ou continues; sans nous inquiéter si la nuance fébrile symptomatique répond à ce qu'on appelle une *subintrante*, une *hémitritée vraie* ou *fausse*; si c'est une double-tierce ou une triple-quarte continue, si elle rentre dans tel ou tel genre de Sauvages ou de tout autre classificateur. Les principes de la théorie physiologique ne nous abandonneront point, quelles que puissent être les nuances et les complications de l'irritation fébrile, quels que puissent être ses exacerbations ou ses redoublements; nous y trouverons constamment des préceptes qui nous conduiront à ce qu'il conviendra de faire, non seulement pour toutes les espèces de fièvres rémittentes admises par les auteurs, mais encore pour toutes les nuances possibles de ces fièvres; parce qu'évaluant toujours le degré d'irritation des organes malades, et spécialement de la muqueuse digestive, nous reconnaîtrons par là même toutes les modifications que devra subir le traitement pour en obtenir la guérison.

(1) Chomel, *Traité des fièvres*, p. 431.

Avant d'arriver directement à la médication la plus convenable des fièvres rémittentes, il ne serait pas inutile de jeter un coup d'œil comparatif sur celle qui est le plus généralement adoptée contre les pyrexies ordinaires et contre les fièvres intermittentes qui passent à la continuité. Supposons qu'une de ces dernières, une fièvre quarte par exemple, dégénère par une cause quelconque en fièvre continue, quel en sera le traitement? Si les symptômes locaux de l'irritation n'étaient pas bien marqués, si la fièvre qui en est le résultat ne présentait pas des symptômes de *putridité* ou d'*adynamie*, on s'accorderait à n'employer qu'un traitement expectant, à prescrire un régime diététique, des boissons délayantes, et même quelques moyens antiphlogistiques plus actifs si l'on apercevait des symptômes généraux inflammatoires. Dans tous ces cas, ni les partisans des anciennes hypothèses, ni ceux des modernes théories, n'administreraient le quinquina, parce que l'expérience a prouvé qu'il est plutôt nuisible qu'utile. Hé bien! il en est absolument de même, suivant la doctrine physiologique, pour toute espèce de fièvre continue inflammatoire, bilieuse, muqueuse, adynamique, nerveuse, ataxique, typhoïde, etc.: il ne faut point administrer le quinquina dans ces fièvres, parce que la phlegmasie de la muqueuse digestive ou de tout autre organe persiste à un degré assez marqué pour entretenir les phénomènes généraux ou sympathiques qui constituent ces fièvres; il ne faut point prescrire l'écorce du Pérou, quelles que soient les nuances fébriles, et alors même que les symptômes locaux de l'irritation sont peu apparents, parce qu'il y a plusieurs organes et en particulier diverses portions du tube digestif dont la sensibilité est plus ou moins obtuse, qui sont presque muettes dans leurs maladies, qui se désorganisent sans présenter des symptômes inflammatoires très appréciables à nos sens.

On ne doute plus aujourd'hui, et de tout temps les médecins les plus célèbres ont reconnu, qu'autant était grande l'efficacité du quinquina pour supprimer les fièvres intermittentes, autant elle était nulle pour arrêter les fièvres continues. Cela se conçoit très bien si l'on réfléchit que ce médicament n'agit que comme moyen prophylactique, par l'action ou la réaction qu'il suscite dans l'estomac; si l'on réfléchit que ses effets sont d'autant plus salutaires que cet organe est plus sain et mieux disposé à le recevoir; si l'on réfléchit que ce médicament prévient l'accès fébrile à ve-

nir et ne guérit point l'accès actuel. Bien loin de là, nous avons vu qu'il était nuisible administré pendant cet accès ; nous avons vu que son usage au commencement d'un accès fébrile quelconque, loin de le supprimer ou de l'enrayer, le rendait au contraire plus violent ; tandis que, donné un certain temps avant le retour périodique de la fièvre, il l'empêchait ordinairement de revenir. C'est pour cette raison que des praticiens respectables ont coutume d'administrer le quinquina vers la fin de certaines fièvres continues, c'est-à-dire dans l'intention d'en prévenir les rechutes. Quoi qu'il en soit, ce médicament est alors quelquefois utile, tandis que durant le cours de ces fièvres il est presque toujours nuisible. Il est vrai qu'on l'employait jadis assez généralement, et qu'aujourd'hui même quelques médecins prescrivent presque constamment le quinquina contre toutes les fièvres continues *qui se compliquent*, comme on dit, *de symptômes putrides, adynamiques et ataxiques* ; mais ceux qui administrent l'écorce du Pérou dans les cas dont il s'agit ont pour but de *remédier à la putridité, à l'adynamie, à l'ataxie, ou de fixer la mobilité du système nerveux*, comme ils le disent, et nullemment dans l'intention d'arrêter ou de couper la fièvre ; ce sont les *complications* qu'ils veulent combattre par ce médicament, et non point la fièvre continue elle-même, puisque tous conviennent qu'il ne faut pas l'employer contre cette fièvre alors qu'elle est dépouillée de ces complications. « On ne dispute plus là dessus, dit Voulonne ; les plus zélés partisans du quinquina ont avoué son inefficacité contre les fièvres continues ; et qui voudrait aujourd'hui soutenir le contraire, aurait contre lui l'expérience de tous les pays et de tous les jours. Il est vrai que quelques praticiens l'emploient même avec profusion dans les fièvres malignes ; mais sans observer que la plupart des fièvres malignes, surtout épidémiques, sont du genre des rémittentes, et par conséquent mêlées d'intermittence, nous nous contenterons de dire en général que si le quinquina convient quelquefois dans les fièvres continues proprement dites, ce n'est point comme *fébrifuge*, puisqu'il ne les supprime pas (1). » On sait que Sydenham accuse le quinquina d'avoir occasionné la mort de plusieurs malades à qui il avait été administré pendant les accès de la fièvre intermittente, et qui succombèrent durant cet accès. Cet illustre praticien dit positive-

(1) *Ouvrage cité.*

ment que ce remède ne convient point dans les fièvres continues en général, et qu'il est très nuisible dans les fièvres inflammatoires ; *quibus non tantùm non prodest, sed et planè obest.* Werlhof s'exprime à cet égard de la même manière : *Nocere potius quam juvare videtur in febribus naturæ continentis.* Torti, le plus grand partisan du quinquina, avoue lui-même qu'il a observé que ce médicament était funeste quand on l'administrait contre les fièvres inflammatoires, et *qu'on ne devrait pas l'employer sans crainte contre les fièvres continues en général, parce qu'on n'était jamais assez sûr qu'elles ne fussent pas accompagnées de quelque inflammation cachée.* Sans exposer avec détails les opinions de Stahl, d'Hoffmann, de Boerhaave, de Dehaen, de Huxham sur l'emploi du quinquina dans les fièvres continues, nous nous contenterons de faire observer que ces grands praticiens condamnaient expressément l'ingestion de cette écorce avant que ces fièvres fussent arrivées à leur déclin, et que c'est seulement alors qu'ils croyaient pouvoir en permettre l'usage, autant pour rétablir les forces des malades que pour prévenir les rechutes. Dans toute fièvre qui n'est point de la nature des intermittentes, quand même au premier aspect elle en offrirait quelque apparence, on doit, disent Rœderer et Wagler, rejeter le quinquina, comme un moyen dangereux. On doit encore en user avec d'autant moins d'empressement que les intervalles de la fièvre sont plus obscurs et qu'elle s'éloigne davantage de la nature des intermittentes (1).

Partant donc d'un fait avéré par les praticiens et les auteurs les plus recommandables, c'est-à-dire de l'inefficacité et souvent de la nuisance du quinquina contre les fièvres continues, nous nous garderons bien de l'administrer toutes les fois que, par sa dégénérescence un accès fébrile ne sera plus suivi d'apyrexie sensible et que la fièvre rémittente présentera tous les caractères d'une fièvre bilieuse ou muqueuse continue. Nous ne croirons pas alors avec Strack et M. Bailly, que la fièvre intermittente *s'est cachée sous le masque d'une fièvre continue !* Nous ne verrons dans ce cas qu'une fièvre continue ordinaire, contre laquelle le quinquina ne saurait être utile, mais plutôt nuisible ; et nous emploierons contre elle les moyens applicables à toutes les fièvres continues, tout comme si elle n'eût jamais présenté

(1) *Traité de la maladie muqueuse.*

d'autre type : ainsi nous prescrirons la saignée si le sujet est jeune, vigoureux et pléthorique, puis une diète plus ou moins sévère, des boissons adoucissantes, des sangsues appliquées sur la région épigastrique ou au fondement, des cataplasmes émollients sur l'abdomen, parfois des bains tièdes et des lavements adoucissants plus ou moins répétés suivant les cas. Par ces moyens, l'irritation intermittente, dégénérée en continue, se terminera peu à peu par le retour à la santé, ou remontera à quelque type intermittent; elle reprendra celui qu'elle avait auparavant ou en choisira un autre; alors nouveaux accès séparés par un temps de calme ou d'apyrexie, et nouvelle indication du quinquina. Ainsi, règle générale : la fièvre intermittente passe-t-elle d'emblée à la continuité, traitement uniquement antiphlogistique. Ne s'écarte-t-elle qu'en partie de son type d'intermittence pour se rapprocher du type continu, il faudra de même employer un traitement diététique et adoucissant, et redouter l'emploi des stimulants fébrifuges, qui, loin de dissiper la fièvre, ne feraient alors que la pousser à la continuité, et la rendre plus intense et plus grave. Plus au contraire la fièvre se rapprochera de la vraie intermittence, plus on pourra avoir confiance dans l'administration des amers et du quinquina. Mais entre ces deux extrêmes, c'est-à-dire entre les irritations fébriles d'une intermittence parfaite et les continues, se trouvent plusieurs intermédiaires, plusieurs nuances d'irritation et de fièvre, dont les unes semblent tenir le milieu, par leur type, entre l'intermittence et la continuité, et les autres se rapprocher davantage de l'un de ces deux types primitifs, suivant que les accès s'écartent ou se joignent plus ou moins, suivant que l'apyrexie est plus ou moins longue et plus ou moins sensible; car les fièvres intermittentes qui passent à la continuité, n'y arrivent pas en général brusquement; on n'aperçoit d'abord qu'une tendance annoncée par le rapprochement de leurs accès; ceux-ci augmentent d'intensité, s'allongent jusqu'à ce qu'ils s'atteignent, se mêlent pour ainsi dire, et qu'il n'y ait plus du tout d'apyrexie. Hé bien, l'efficacité du quinquina semble varier dans les mêmes proportions que l'intermittence fébrile; elle décroît à mesure que la fièvre s'avance vers la continuité; mais tant que celle-ci n'est pas déclarée, et qu'il reste encore entre les accès un intervalle apyrétique sensible, on peut toujours administrer le sulfate de quinine. Il n'en est pas de même lorsqu'il n'y a plus d'apyrexie marquée, lors-

que les symptômes d'invasion et de déclinaison fébriles s'obscurcissent, quand les accès se confondent au point qu'on les prendrait pour de simples paroxysmes d'une fièvre continue ; dans tous ces cas il est en général prudent de renoncer au médicament dont il s'agit ; car d'après tout ce que nous avons dit sur l'usage du quinquina dans les fièvres continues, il est évident qu'il pourrait être nuisible dans les fièvres rémittentes, parce que l'irritation locale, gastro-entérique ou autre, loin de cesser entièrement, éprouve seulement des rémissions et des redoublements qui constituent les paroxysmes fébriles dont il s'agit.

Cependant on ne peut nier que la périodicité des redoublements ou des paroxysmes fébriles qui surviennent parfois dans le cours des affections continues, ne puissent donner quelque prise au quinquina, mais il ne faut guère alors l'employer qu'en lavement ou selon la méthode endermique. Si l'expérience établit son efficacité dans quelques cas, alors même qu'il est administré par la voie de l'estomac, ce n'est que quand la fièvre provient d'une lésion placée ailleurs que dans les organes digestifs ; c'est probablement dans des circonstances semblables que MM. Vaidy et Blaud ont obtenu la guérison de quelques fièvres rémittentes, en administrant le quinquina pendant leurs accès ou leurs redoublements. Quoiqu'ils l'aient employé à très faible dose, ce médicament eut des effets très marqués, sans doute parce que l'estomac, prenant part à l'irritation périodique des organes affectés primitivement, fut aussi vivement impressionné que par une dose double ou triple, prise durant l'intermission.

Dans un Mémoire (1) consacré à cet important sujet, l'illustre Dumas prouve l'efficacité du quinquina dans les fièvres rémittentes qui compliquent parfois les grandes plaies. Nous nous arrêtons à ce Mémoire du savant professeur de Montpellier, parce que tout y porte l'empreinte de la vérité, de la bonne foi, et d'une rigoureuse observation. On y voit que ce praticien attaque le plus promptement possible la fièvre rémittente traumatique par le quinquina, mais qu'il a soin d'attendre, pour en permettre l'usage, une rémission très sensible ; on voit qu'il saisit avec sagacité l'instant qui sépare les paroxysmes, et qu'il fait précéder son administration par la saignée, chez les personnes fortes, par les bains tièdes, les lavements, les frictions, les sangsues,

(1) *Recueil de la société médicale d'émulation*, t. IV.

les ventouses, etc. Il est vrai qu'il ne compte pas sur ces derniers moyens pour la guérison. *Il ne leur est pas donné*, dit-il, *d'atteindre le principe pernicieux qui entretient la fièvre.* Mais il reconnaît très bien que, chez les malades dont il s'agit, la complication viscérale ou l'irritation fébrile de la muqueuse digestive est devenue la maladie principale et qui fait courir le plus de danger aux blessés, puisqu'ils ne peuvent guérir de leurs plaies avant que la première ne soit dissipée. Par la comparaison dont se sert Dumas pour se rendre compte des effets funestes de la fièvre rémittente sur les grandes plaies, on voit que ce praticien se faisait une idée assez exacte de la fièvre dont il s'agit, puisqu'il compare ses effets à ceux d'une indigestion ou d'une irritation plus ou moins marquée de l'estomac. Cet illustre professeur ne semble-t-il pas pressentir la vérité que nous nous efforçons d'établir, lorsqu'il dit : « La fièvre rémittente est funeste dans cette circonstance, par la même raison que le serait la digestion pénible d'un estomac chargé de nourriture pendant la suppuration d'une plaie très étendue. On trouve, après cette erreur de régime, les forces abattues, la tête embarrassée, le malade inquiet, les chairs de la plaie gâtées; et bientôt suivent l'assoupissement, la difficulté de respirer, le délire, les convulsions, en un mot tous les symptômes pernicieux qui se rencontrent chez les blessés dans un accès de fièvre rémittente qui se termine par la mort. Une partie blessée, surtout dans l'acte de la suppuration, attire et fixe sur elle toutes les forces de la nature; elle devient un centre d'action vers lequel tous les efforts des autres organes se dirigent. La nature ne saurait agir dans un ordre différent ou contraire sans altérer gravement le système de ses forces et la constance de ses fonctions. Or, la fièvre amène une distribution de mouvements différente de celle qui est nécessitée pour le travail réparateur des plaies. Non seulement elle le contrarie et l'empêche, mais elle partage la nature entre deux affections différentes qui détruisent l'harmonie de ses efforts, parce qu'ils sont obligés de répondre en même temps aux actes de la suppuration et à ceux de la fièvre; d'où il suit que les forces dirigées en deux sens cèdent à une *distraction pernicieuse* qui les enlève aux principaux organes, etc. » Ce célèbre praticien fait remarquer encore que les fièvres dont il s'agit ne font tant de ravages que parce qu'on veut, comme pour les intermittentes ordinaires, les respecter

quelque temps, laisser la nature se débattre, et produire des crises dont la plus fréquente est la mort des malades.

On conçoit que Dumas, dans les cas dont on vient de parler, ait obtenu des succès de l'administration du quinquina, même par la voie de l'estomac, parce qu'il est facile de juger, par la description qu'il en donne, que l'irritation gastrique et fébrile survenue chez ses blessés était une congestion inflammatoire sujette à des intermittences véritables, et que la fréquence du pouls qui persistait durant l'intervalle des accès fébriles et gastriques, était entretenue par la lésion externe, puisque leur estomac était parfaitement libre pendant cet intervalle, au point que les malades pouvaient alors prendre des aliments, et qu'ils supportaient très bien le quinquina, qui ne fut rejeté par aucun d'eux. Ces malades étaient donc atteints de véritables fièvres intermittentes, que la continuité des plaies faisait paraître sous le type rémittent. Mais il n'en est pas de même pour les fièvres rémittentes ordinaires, qui sont presque toujours entretenues, comme nous l'avons vu, par une irritation continue de la muqueuse digestive, sujette non à des intermissions, mais seulement à des rémissions et à des redoublements périodiques.

Si le quinquina, ingéré dans l'intervalle qui sépare les redoublements d'une fièvre rémittente a été quelquefois utile, quoiqu'il n'y eût pas apyrexie complète, c'est seulement dans les cas où la fièvre est entretenue par une lésion locale, siégeant ailleurs que dans l'estomac; ou bien quand la nuance d'irritation de la muqueuse digestive est d'une nature subinflammatoire ou lymphatico-sécrétoire; ou bien encore d'une nuance inflammatoire mixte et chronique, comme le pense le professeur Pinel lui-même, lorsqu'il dit en parlant de la fièvre entéro-mésentérique : « On croit avoir retiré de grands avantages du traitement tonique dans cette fièvre; c'est en effet celui qui convient dans plusieurs inflammations *passives* des membranes muqueuses (1). »

« N'oublions pas, dit M. Barbier, que, dans leurs phlegmasies, les membranes muqueuses ne repoussent pas toujours l'application des substances toniques, excitantes ou irritantes, comme les phlegmasies qui occupent les membranes séreuses ou le tissu des viscères. Tous les jours on guérit des ophthalmies

(1) *Nosographie philosophique*, t. I.

par des toniques irritants; on voit les ulcérations des gencives et de l'extérieur de la bouche se cicatriser promptement dès qu'on applique sur elles des amers styptiques, le quinquina, etc. Le tartre stibié a souvent dissipé des irritations gastriques qu'il semblait devoir exaspérer. Avouons toutefois que cette thérapeutique hardie ne peut être confiée qu'à un praticien sage et prudent qui suivra les progrès de la médication et s'assurera qu'elle n'aggrave pas le mal au lieu de le guérir (1). »

Les faits qui établissent qu'on a guéri des fièvres rémittentes, dites essentielles, par l'usage du quinquina, administré par la voie de l'estomac, ne sont donc point en opposition avec la théorie physiologique touchant la nature de ces fièvres; ils prouvent seulement qu'en agissant sur un tissu irrité primitivement ou sympathiquement, les toniques peuvent quelquefois être utiles, d'après le principe d'Hanhemann : *Similia similibus curantur*. Cela confirme de plus en plus ce que nous avons déjà dit précédemment, qu'il n'y a rien d'absolu en médecine surtout en thérapeutique. Mais nous croyons que ce principe, auquel Hanhemann fait jouer un beaucoup trop grand rôle, doit être singulièrement limité dans la pratique, si l'on ne veut pas qu'il en résulte des conséquences plus souvent nuisibles qu'utiles. D'ailleurs cette méthode qui consiste à appliquer des stimulants sur les parties irritées, est presque toujours dangereuse. « Quand elle ne soulage pas le mal, dit M. Bégin, elle l'exaspère, et la stimulation qui devait guérir n'a lieu qu'au profit de l'irritation morbifique. C'est donc jouer à quitte ou double; et toutes les fois que l'organe malade est très important, le médecin prudent doit s'abstenir de soumettre le sujet à de telles chances, lorsque l'art possède d'autres moyens de le guérir aussi promptement et sans lui faire courir les mêmes périls (2). »

On peut établir d'une manière générale que l'administration du quinquina par la voie de l'estomac est plus souvent nuisible qu'utile contre les fièvres rémittentes. Or, le premier précepte dans un traitement quelconque, c'est de ne jamais nuire et de ne point employer des moyens dangereux toutes les fois qu'on peut s'en passer. Quand il est presque certain qu'un moyen sera plus nuisible qu'utile, il est contraire à toutes les règles de l'art d'y

(1) *Traité élémentaire de matière médicale*, t. I.
(2) *Principes généraux de physiologie pathologique*, p. 389.

avoir recours ; s'il y avait chance égale pour ces deux effets, il serait encore contre-indiqué de l'administrer ; et quand enfin il y aurait plus de chance pour l'utilité, ce ne serait pas encore sans quelque imprudence qu'on emploierait ce moyen s'il en existait d'autres qui pussent être utiles et guérir sans exposer au même danger. On ne peut nier que, dans le traitement des fièvres rémittentes, l'administration du quinquina par la voie de l'estomac ne se trouve dans l'une de ces trois conditions, et souvent la plus désavantageuse ; il ne faut donc point y avoir recours, si ce n'est par voie d'absorption et selon la méthode endermique ; car, comme le dit très bien Baglivi, le premier devoir du médecin, c'est de ne jamais nuire : *Hoc autem medicus sollicitare debet, ut, si non prosit, saltem non noceat; nam turpiùs est videri nocuisse quam non profuisse.*

Ce que nous venons de dire sur l'emploi du quinquina dans les fièvres rémittentes n'est pas seulement une conséquence de la doctrine physiologique, c'est encore un précepte fondé sur l'observation et l'expérience d'un grand nombre de praticiens recommandables. Nous avons déjà dit que Ramazzini ne voulait point qu'on administrât de quinquina dans les fièvres dont il s'agit, parce que d'après son expérience il était nuisible. Voici comment s'exprime Quarin à cet égard : « Quoiqu'on ait saigné les malades, qu'on ait évacué les saburres des premières voies, et que les forces soient très abattues, si le pouls est encore dur et fréquent, le quinquina exaspère la maladie... Avant que Pringle eût mis en usage l'écorce du Pérou pour ces maladies, quand je voyais une rémittente régulière, après avoir tiré du sang et pourvu à la netteté des premières voies, j'avais recours au quinquina; j'ai vu souvent avec regret qu'au lieu d'emporter la maladie, il la faisait traîner en longueur (1). »

L'opinion de Senac est plus positive et plus fortement prononcée : « *Non alia in iis (febribus remittentibus) occurrit medendi ratio quam quæ continuis dicata est; atqui respuuntur ab iis omnia febrifuga peculiaria, eaque imprimis quæ tonica sunt, amara, astringentia, calorem inducentia. Alienus ergo videtur à febre remittenti cortex peruvianus; si enim febres ipsas vere intermittentes exacerbare soleat, cum earum protrahuntur paroxysmi et magna est ipsarum vis, an proficere poterit in febris*

(1) *Traité des fièvres.*

continuò vigentis decursu, licet aliquandò remissior sit ejus impetus (1)? »

Voici ce que dit Baglivi sur l'emploi du quinquina dans l'épidémie de fièvres malignes rémittentes des États-Romains : « *Cum apparere vides linguæ ariditatem, pulsus exiguos, extremorum frigus, anxietates, et alia id genus quæ malignam febrem denotarent, sed reverà non sunt malignitatis effectus, verum stomacchi ab exaltato humore irritati, lacessiti, afflicti, quâ cessante irritatione et stomachi indignatione compositâ præfata cessant accidentia... Quod si imperitiâ tuâ ægroti ad usum damnabilem chinæchinæ deveneris, ex febre levi efficies gravem, continuam, longam, ad hecticam tendentem et difficilè curabilem* (2). »

Van Swiéten parle d'une fièvre rémittente automnale épidémique dans laquelle, si l'on avait l'imprudence de donner le quinquina, les malades tombaient en langueur et échappaient difficilement à l'intensité de la maladie. Tissot rapporte plusieurs observations qui prouvent que l'emploi du quinquina était presque toujours funeste dans l'épidémie de fièvres rémittentes bilieuses de Lausanne. Ce praticien a réussi constamment à les guérir par le régime diététique, par les boissons délayantes et quelques évacuants choisis le plus souvent parmi les minoratifs acidules. S'il a eu quelquefois recours aux toniques et aux amers, ce n'est qu'à la fin de la maladie et lorsqu'il n'y avait plus aucun symptôme d'irritation dans les premières voies.

Dans la fièvre subcontinue de Torti et subintrante des auteurs, dit Sauvages (3), l'intermission et le type sont très obscurs; il importe beaucoup de ne pas s'y tromper, d'employer les mêmes remèdes que pour la quotidienne continue ou *synochus*, de s'abstenir long-temps du quinquina et de réitérer les saignées et les cathartiques. » Desbois de Rochefort pense que dans les fièvres continues, soumises à des rémissions bien décidées, et dont les paroxysmes commencent par le frisson, on peut hasarder quelquefois le quinquina, mais seulement en décoction et coupée avec parties égales d'émulsion. « Cette pratique, ajoute-t-il, demande beaucoup de circonspection; il faut, pour recourir au quinquina dans les fièvres rémittentes, qu'elles menacent de devenir bien-

(1) *De reconditâ feb. intermitt. naturâ.*
(2) *Opera medico practica*, t. I.
(3) *Nosologie méthodique*, t. II.

tôt malignes, que les paroxysmes soient très violents et reviennent à la même heure. » Telle est aussi l'opinion de Schwilgué et de M. Barbier.

Thomas de Salisbury, et en général les médecins anglais, ont rarement recours au quinquina dans les fièvres rémittentes, et lorsqu'ils l'administrent, ce n'est guère que quand la fièvre tend à sa fin et que les symptômes en sont très modérés et la rémission bien sensible. M. Portal pense que, dans les fièvres rémittentes d'automne, il ne faut point avoir recours au quinquina, parce que ces fièvres sont le plus souvent un effet de l'engorgement des viscères abdominaux. MM. Fournier et Vaidy disent que, dans les fièvres rémittentes en général, les remèdes toniques ou fébrifuges doivent être donnés en infusion et avec une grande prudence, parce qu'ils peuvent fatiguer l'estomac et retarder la guérison. C'est pour cette raison que le quinquina en poudre, si précieux dans le traitement de la fièvre intermittente, ne réussit pas, à beaucoup près, aussi bien dans celui de la fièvre rémittente. Ces praticiens pensent qu'il faut bannir le quinquina du traitement de la fièvre rémittente gastrique, parce que ce moyen peut être funeste, tandis que les malades se trouvent bien de l'usage des boissons acidulées et des eaux minérales gazeuses. Pour la rémittente angioténique, ils conseillent la saignée, l'application des sangsues à l'anus, les boissons gazeuses, salines, acidulées, et les lavements émollients. Depuis qu'on ne se croit plus obligé, dit M. Nepple (1), de vider préalablement les premières voies et de repousser les évacuations sanguines, comme favorisant la *malignité*, les fièvres rémittentes ne dégénèrent plus en continues que par leur propre violence.

D'après tout ce que nous venons de dire, voici les règles générales de traitement qu'on peut établir relativement aux fièvres rémittentes. D'abord moyens antiphlogistiques seuls, tels que saignées, applications de sangsues, de cataplasmes et de fomentations émollientes, le plus près possible du lieu où paraît résider la lésion locale; bains tièdes, régime diététique plus ou moins sévère, boissons adoucissantes et lavements de même nature. Après quelques jours, il arrivera de trois choses l'une: ou la fièvre cèdera peu à peu à l'emploi de ces moyens, et alors on insistera sur leur usage jusqu'à la convalescence; ou elle passera

(1) *Essai sur les fièvres rémittentes et intermittentes.*

à l'intermittence, et sera suivie d'une apyrexie parfaite : alors, prompte administration du quinquina ; ou bien elle restera continue avec des redoublements réguliers et suivis d'une rémission très manifeste : alors l'écorce du Pérou, ou plutôt le sulfate de quinine, devra être administré par voie d'absorption et selon la méthode endermique, quelquefois aussi en lavements, quand l'irritation paraît occuper spécialement la partie supérieure du canal digestif. Il sera prudent de ne point ingérer le quinquina ou le sulfate de quinine par la voie de l'estomac tant que l'état du pouls, de la langue, des fonctions digestives, feront présumer que son usage pourra être nuisible. Cependant si le sulfate de quinine n'agissait point par voie d'absorption, comme il arrive chez certains individus, surtout chez les vieillards dont la peau est trop épaisse, dure et presque inerte, si les redoublements fébriles continuaient avec force et régularité, et si l'on pouvait craindre des complications funestes, on pourrait encore essayer l'emploi de ce médicament par la voie ordinaire, en surveillant attentivement son mode d'action sur l'estomac, et en le supprimant aussitôt que les grands redoublements de la période de froid auront cessé ; car du moment qu'il n'y aura plus de frisson bien sensible, dès qu'il ne restera plus qu'une agitation fébrile continue, les moyens antiphlogistiques et le régime suffiront pour achever la guérison des malades. On suivra d'ailleurs, pour l'emploi de la saignée et des évacuants, tous les préceptes que nous avons indiqués précédement; on n'y aura point recours d'une manière générale et dans tous les cas, mais seulement lorsqu'ils seront rigoureusement indiqués.

Quand l'irritation du canal digestif, qui entretient ordinairement la fièvre rémittente, passe à l'extrémité inférieure de ce canal, lorsqu'elle se concentre dans les gros intestins pour se montrer sous forme de diarrhée et de dysenterie fébrile, il faut la traiter par tous les moyens antiphlogistiques indiqués, mais surtout par les applications de sangsues à l'anus, de cataplasmes émollients sur le bas-ventre, par les demi-bains tièdes, les demi-lavements adoucissants, plus ou moins fréquemment renouvelés selon qu'ils sont retenus plus ou moins long-temps ; puis diète absolue et force boissons rafraîchissantes et acidules. Dans des cas de ce genre, Baglivi se contentait souvent d'administrer, pour tout remède, le petit-lait en boissons et en lavements. Quand les redoublements et les rémissions fébriles de la dysenterie

sont bien marqués, lorsque, durant ces dernières, les fonctions digestives paraissent libres, que le malade sent le besoin de prendre quelque nourriture, on peut, avant d'accorder les aliments réclamés, administrer quelques doses de sulfatede quinine.

Avant de terminer ce qui a rapport aux fièvres rémittentes, nous ferons remarquer, relativement à celle qui est accompagnée de dysenterie, que, dans ce cas du moins, la lésion locale est évidente, et généralement reconnue à cause de la nature et de l'abondance des évacuations alvines. D'où vient donc que quelques auteurs persistent encore à considérer alors la fièvre comme *essentielle* sous le nom de *pernicieuse dysentérique?* Ils prétendent reconnaître là une association de deux maladies, savoir la dysenterie comme affection locale; puis la fièvre pernicieuse comme *entité essentielle!* Mais ce qui est bien remarquable, c'est que plusieurs médecins ne voient ainsi les choses que quand la fièvre rémittente a précédé la dysenterie, c'est-à-dire, quand cette fièvre a été d'abord occasionnée par l'irritation congestive ou inflammatoire de la partie supérieure du canal digestif, parce qu'apparemment ils ne regardent pas comme des symptômes de phlegmasie les évacuations qui ont lieu par le haut, comme celles qui ont lieu par le bas! En effet, dans le cas où la dysenterie précède la fièvre, c'est-à-dire quand cette dysenterie est accompagnée de redoublements fébriles périodiques, alors ils considèrent cette fièvre rémittente qui se développe durant le cours de la dysenterie comme symptomatique. Or, nous le demandons, l'inappétence, le dégoût, les nausées, les vomissements, l'anxiété, la douleur épigastrique, qui ont lieu dans le premier cas, n'indiquent-ils pas l'irritation de la partie supérieure du canal digestif, aussi bien que les évacuations alvines, liquides, sanguinolentes, fréquemment répétées, avec ténesmes, etc., établissent celle de la partie inférieure de ce même canal dans le cas de dysenterie?

Dans d'autres circonstances, ce qui contribue à induire en erreur et à faire croire à l'existence des fièvres dysentériques essentielles, c'est que les redoublements périodiques et fébriles qui se développent durant le cours de certaines dysenteries, ne sont pas accompagnés d'évacuations alvines à cause de l'état momentané de spasme, de constriction et de sécheresse de l'extrémité inférieure du tube digestif. Tout comme nous avons vu les coryzas intermittents ne point fournir de sérosité pendant les accès ou

les retours périodiques de l'inflammation de la muqueuse pituitaire ; de même, pendant les redoublements ou les exacerbations de la dysenterie fébrile périodique, les malades éprouvent souvent des coliques, des épreintes, et des envies d'aller à la selle, sans rien évacuer. Or, les médecins peu attentifs, qui ne jugent de l'intensité de la phlegmasie qui constitue la dysenterie rémittente fébrile, que d'après le nombre et l'abondance des évacuations alvines, voyant que celles-ci n'ont presque jamais lieu pendant les redoublements de la fièvre, et sont au contraire fréquentes durant les rémissions, concluent faussement que les redoublements et les rémissions de la fièvre ont lieu à des époques différentes de ceux de la dysenterie, et qu'ainsi la fièvre et la dysenterie sont deux maladies distinctes qui n'ont rien de commun entre elles ! De là le peu de méthode dans les moyens employés contre elles par les médecins dont il s'agit ; de là le peu de succès qu'ils en ont obtenu, de là aussi, selon eux, la *malignité* et la *perniciosité* des fièvres rémittentes, *colliquatives*, *atrabilaires* ou *dysentériques essentielles !*

ARTICLE III.

DE QUELQUES MODIFICATIONS DU TRAITEMENT RELATIVES AUX FIÈVRES INTERMITTENTES ET RÉMITTENTES DITES MALIGNES, ATAXIQUES OU PERNICIEUSES.

Nous aurons peu de choses à ajouter pour le traitement des fièvres intermittentes et rémittentes dites pernicieuses dont il nous reste à parler, parce que toutes les règles thérapeutiques, tous les moyens curatifs que nous avons fait connaître jusqu'à ce moment, leur sont parfaitement applicables ; règles et moyens dont il suffira de mesurer la sévérité et l'énergie à l'intensité, à l'acuité des lésions locales ; car ce sont les redoublements ou les exacerbations de ces lésions qui constituent les accès fébriles pernicieux dont nous avons déjà fait l'histoire et tracé les différents modes de traitement dans la première partie de cet ouvrage. Toutes ces entités fébriles pernicieuses constituent pour nous des affections analogues à celles dont nous venons de parler, avec la différence que l'irritation de la muqueuse digestive est tantôt plus aiguë et plus violente, tantôt occupe une surface beaucoup plus étendue, tantôt attaque des individus très sensibles et très irritables, tantôt enfin parce que les malades ont été exposés à des causes très délétères et plus promptement

funestes, comme à l'impression de miasmes putrides, pestilentiels, etc. Dans tous ces cas, le traitement n'exige que la combinaison des moyens indiqués précédemment, parce que quelque variés, quelque saillants, quelque pernicieux que puissent être les symptômes d'un accès de fièvre intermittente ou rémittente, tant qu'ils ne sont que symptomatiques d'une lésion plus ou moins aiguë et intense de la muqueuse digestive, comme dans celles dont nous venons de parler; tout ce qui est relatif à leur traitement rentre naturellement dans ce que nous avons déjà dit. L'expérience a prouvé qu'il fallait, dans les cas dont il s'agit, recourir le plus promptement possible au quinquina, et l'administrer à des doses plus ou moins fortes ; c'est dans ces cas surtout qu'il ne faut pas s'amuser à combattre des symptômes bilieux ou muqueux par des évacuants, ni songer à préparer par ces moyens les voies digestives à l'ingestion du quinquina ; ces sortes de retards ou de préparations sont ici presque constamment funestes. Toutes les fois que, par la nature et l'intensité d'un accès pernicieux, on peut craindre que le suivant ne soit funeste au malade, il ne faut pas hésiter à profiter du premier intervalle de calme pour lui administrer à fortes doses le quinquina ou le sulfate de quinine. Il ne faut pas, comme dans plusieurs des observations que nous avons rapportées, perdre un temps précieux et irréparable dans l'emploi des laxatifs et des délayants. M. Rochoux dit qu'il a vu périr, dans l'espace de vingt-quatre à trente-six heures, quelques malades atteints de fièvre pernicieuse auxquels on avait donné des purgatifs, et qu'on aurait probablement sauvés si l'on s'était borné au quinquina à fortes doses, et aux vésicatoires appliqués à la partie interne des cuisses : « J'ai vu, ajoute-t-il, une simple dose de pulpe de casse, aiguisée avec un sel neutre, produire, chez un malade attaqué de la maladie en question, une superpurgation qui l'exténua et le conduisit au tombeau (1).

Il n'en est pas de même des émissions sanguines locales et générales; elles sont quelquefois d'une nécessité indispensable, et il faut y avoir recours avant le quinquina lui-même, toutes les fois que des symptômes inflammatoires bien manifestes pourraient faire redouter l'administration de ce médicament, ou lorsque certains symptômes, comme le délire, le coma, chez des individus très sanguins, feraient craindre que l'affection,

(1) *Journal général de médecine*, t. XXXVII.

d'abord sympathique du cerveau, ne devînt idiopathique et essentielle. Indépendamment des émissions sanguines, les moyens révulsifs les plus actifs sur les extrémités des membres, les aspersions d'eau froide et la glace pilée sur la tête, peuvent être alors très utiles. Sauf les cas dans lesquels certaines congestions locales sont portées à un très haut degré, et peuvent à l'instant même produire les accidents les plus graves, on peut en général s'en tenir à l'administration du quinquina, qui est ici le remède par excellence, que rien ne peut remplacer, et dont rien n'égale l'efficacité quand il est administré durant l'apyrexie et selon les règles que nous avons indiquées.

Quand les accès pernicieux s'allongent ou se rapprochent tellement qu'il n'y a pas d'apyrexie bien sensible, il ne faut en général administrer ce médicament qu'en lavements et par absorption cutanée. Mais s'il est permis quelquefois d'avoir un peu de hardiesse dans l'emploi du quinquina ou du sulfate de quinine, c'est surtout dans les cas dont il s'agit, où il importe d'en obtenir les effets les plus prompts et les plus marqués. Aussi y a-t-il des circonstances où le défaut d'apyrexie complète n'est point une contre-indication absolue de ces remèdes, et où l'on peut les essayer, en surveillant avec soin leur effet et en renonçant le plus promptement possible à leur emploi si l'on n'en obtient pas des effets aussi prompts qu'efficaces. Cependant quand l'estomac, trop sensible ou trop irrité, les repousse, quand ils sont rejetés ou qu'ils occasionnent le dévoiement, et quand les symptômes pernicieux paraissent s'aggraver sous leur influence, nul doute qu'il ne soit très dangereux d'en continuer l'usage? Faut-il s'opiniâtrer, comme dans un grand nombre d'observations que nous avons rapportées, soit dans le chapitre I[er], soit dans le chapitre VI, faut-il s'obstiner dans l'emploi de ce moyen? Faut-il s'industrier à en varier les formes et les doses? Faut-il adjoindre au quinquina des stimulants antispasmodiques et narcotiques pour le faire mieux supporter? Faut-il, parce qu'une phlegmasie évidente et très étendue du canal digestif éprouve des exacerbations périodiques et fébriles, ne l'attaquer que par des stimulants amers ou antispasmodiques, et conduire les malades au tombeau sans avoir recours aux antiphlogistiques? Et, du moment qu'on a ajouté au mot fivère intermittente ou rémittente les épithètes *pernicieuse*, *ataxique* ou *maligne*, faut-il absolument ne voir d'autre moyen de guérison que dans le quinquina et le sul-

fate de quinine, qu'il y ait ou non apyrexie? Sydenham a dit avec raison que *l'idée de la malignité dans les fièvres avait été plus pernicieuse au genre humain que l'invention de la poudre à canon. In eâ febrium intermittentium contumaciâ, inquit Senac, insanum profectò esset inutile urgere remedium, cum non innoxium esse possit; frustrà ad majorem dosim recurrunt nonnulli, ut febrilem veluti abruant fomitem; vel enim sufflaminantur tantummodò paroxysmi, remanetque in visceribus morbi causa; vel ignis igni additur et magis contumax urget febris; à corticis igitur usu desistendum et ad diluentia et aperientia redeundum* (1).

« Bien souvent, dit M. Broussais, on donne le quinquina jusqu'à la mort à des malades qui le vomissent, et qui sont d'autant plus mal qu'ils en ont pris davantage. L'on fonde cette indication sur le vomissement lui-même et sur l'anxiété qui l'accompagne, parce que ces symptômes paraissent périodiquement, et rappellent ainsi l'idée des fièvres pernicieuses de Torti... Je frémis au souvenir de certains événements de cette nature qui me sont connus, bien qu'ils me soient étrangers (2). » Oui, il n'arrive que trop souvent qu'à la moindre prédominance de certains phénomènes, à la moindre apparence de perniciosité des fièvres d'accès, on donne coup sur coup des doses si énormes de quinquina ou de sulfate de quinine, qu'il est impossible à l'estomac de les digérer, et qu'elles tuent les malades plus promptement et plus sûrement que ne l'aurait fait la fièvre la plus pernicieuse possible. C'est surtout en Italie, où la chaleur du climat entretient encore une sorte d'irritabilité gastrique plus marquée qu'ailleurs, c'est à Livourne, à Naples, à Rome, que les médecins poussent souvent à des doses répétées et inconcevables l'ingestion du quinquina, comme le prouvent en particulier un grand nombre de faits recueillis à l'hôpital du Saint-Esprit de Rome par M. Bailly.

Quand on donne ainsi le quinquina sans mesure et sans tenir aucun compte de l'état des organes digestifs, est-il étonnant qu'il en résulte si souvent les accidents les plus graves et la mort même des malades? Est-il étonnant que les autopsies fassent voir des gastro-entérites très aiguës et très étendues? Mais

(1) *Op. cit.*
(2) *Phlegmasies chroniques*, t. II, 4e édition.

ce qui est bien étrange, c'est qu'à l'aspect même de ces lésions on veuille encore s'en prendre à la fièvre pernicieuse *essentielle* de tous les résultats cadavériques et de toutes les fautes du traitement! C'est à la fièvre qu'on attribue, dans tous les cas, la mort des malades! Ou bien l'on accuse encore l'insuffisance (1) des doses du spécifique (*l'insuffisance de quatre, cinq, six onces de quinquina pendant une seule apyrexie!*) « J'ai vu, dit M. Chauffard (2), un militaire à qui le quinquina, donné sans ménagement, provoqua une dysenterie mortelle. Il le rendit tel qu'il avait été ingéré. On lui en avait donné plusieurs onces en poudre. Tous ces accidents et la mort furent rejetés sur le caractère éminemment pernicieux de la fièvre d'accès.

Pour éviter des erreurs funestes et qui ne sont que trop communes, il importe donc beaucoup et dans tous les cas possibles, de bien fixer ses idées sur la nature et l'intensité de la maladie que l'on est appelé à traiter et qu'on veut combattre ou maîtriser convenablement, afin de ne pas s'exposer à voir des *associations* ou des *complications* de maladies différentes, là où il n'y en a qu'une véritable à laquelle on ne fait souvent point attention, à laquelle on n'oppose rien, tandis qu'on poursuit avec opiniâtreté des symptômes qui en dépendent évidemment, mais qu'on n'y rattache point, parce qu'on s'est habitué à les regarder comme *essentiels,* et à les voir hors des organes. Si, dans la plupart des observations que nous avons rapportées et qui furent suivies de la mort des malades, on eût regardé la phlegmasie, souvent très évidente et même reconnue du vivant des malades dans le canal digestif, comme l'affection principale et la cause des phénomènes qu'on s'efforçait de combattre par les amers et les antispasmodiques, on aurait employé un traitement plus convenable, c'est-à-dire les moyens antiphlogistiques tels que la saignée, les applications répétées de sangsues sur les régions épigastrique, iléo-cœcale, ou à l'anus, les fomentations émollientes, les bains entiers ou les demi-bains tièdes; puis la diète la plus sévère, les boissons adoucissantes, gommeuses et légèrement acidulées, etc.; à l'aide de tous ces moyens méthodiquement employés, on aurait probablement sauvé, sinon tous, du moins la plupart des malades dont il s'agit. C'est à découvrir

(1) *Traité anatomico-path. des fièvres intermittentes.*
(2) *Ouvrage cité.*

l'organe affecté et la nature et l'intensité de son affection, que doit s'attacher d'abord tout vrai praticien s'il veut poursuivre avec constance et avec sécurité un traitement qu'il n'aura commencé qu'après avoir porté un diagnostic aussi réfléchi et aussi sûr que possible. On est beaucoup trop disposé à changer ou modifier le traitement de la même maladie sur l'apparition de tel ou tel symptôme qui lui est souvent très accessoire, parce qu'on ne se donne pas la peine de reconnaître et de déterminer positivement en quoi consiste la lésion primitive ou principale, ni quelles influences sympathiques très variées et plus ou moins remarquables peuvent en être le résultat.

L'instabilité, l'hésitation, le peu d'accord qu'on voit en général régner dans le traitement des fièvres dites essentielles, chaque fois qu'il se présente quelques symptômes étrangers aux tableaux tracés dans les auteurs, ne proviennent-ils pas de ce qu'on est habitué à ne voir en elles que des symptômes représentant des *entités morbides* et non des organes malades ? N'est-ce pas par la même raison qu'on est disposé à faire un si grand cas de tous les phénomènes un peu saillants qu'on voit survenir durant le cours de ces maladies, qu'on les transforme parfois en autant d'affections nouvelles qu'on s'empresse de baptiser et d'attaquer d'une manière différente, bien qu'il ne s'agisse le plus souvent que d'une irrégularité de phénomènes identiques, chez des individus très irritables ou dont le système nerveux est très mobile ?

Sans doute peu importerait la création de quelques noms particuliers et de quelques entités fébriles à part, si cela ne devait influer en rien sur le traitement; mais faut-il, parce qu'une irritation intermittente des organes digestifs porte le nom de pernicieuse *syncopale*, *délirante*, *comateuse*, etc., faut-il administrer force stimulants, associer au quinquina ou au sulfate de quinine le camphre, le sel ammoniac, administrer la vanille, la serpentaire, la cascarille, etc. ? Parce qu'une autre s'appelle *algide*, faut-il ne s'occuper qu'à réchauffer le malade ? Convient-il de le placer dans un bain chaud, de le tourmenter par des frictions irritantes, par des fomentations sinapisées, de lui donner des cordiaux, des sudorifiques, comme dans quelques uns des faits que nous avons rapportés, et comme le conseillent encore quelques pathologistes modernes (1) ? Enfin, parce qu'il surviendra,

(1) Chomel, *Traité des fièvres*, p. 386.

chez quelques malades, du délire, des mouvements convulsifs, faudra-t-il prodiguer l'opium, l'éther, la valériane, le sulfate de zinc, etc., et parfois négliger le remède par excellence, le quinquina, ou l'administrer beaucoup trop tard, comme dans quelques observations rapportées dans le chapitre Ier ? Ce n'est pas aux vrais praticiens que s'adressent ces reproches, parce qu'ils savent, dit Tissot, qu'il ne faut pas donner des stimulants narcotiques ou antispasmodiques pour guérir des insomnies, des délires, des mouvements convulsifs, qui ne sont dus qu'à l'influence sympathique des organes digestifs irrités et enflammés. *In febribus, inquit Baglivi, quæ vocantur à medicis syncopales, singultuosæ, et vertiginosæ, fomes febrilis in ventriculo latet, qui tunicas ventriculi vellicando et afficiendo per consensum cor, diaphragma aut caput offendit, undè præfata symptomata* (1). En effet, celui qui connaît les nombreuses sympathies qu'exerce sur toutes les principales fonctions de l'organisme la muqueuse digestive lorsqu'elle est saine, à plus forte raison quand elle est malade, ne peut être surpris si, par suite d'un état inflammatoire que tant de causes morales et physiques peuvent modifier, exaspérer, il résulte parfois et tour à tour les phénomènes sympathiques les plus variés, les plus remarquables et les plus pernicieux, tels que ceux qui caractérisent la plupart des fièvres rémittentes et intermittentes, ataxiques, délirantes, comateuses, syncopales, typhoïdes et pernicieuses quelconques. Si l'on voulait alors changer de traitement à chaque décoration nouvelle, à tous les changements un peu saillants survenus dans le groupe morbide essentiel, on exploiterait toute la matière médicale pour une seule et même maladie : ainsi dans une gastro-entérite fébrile, continue ou intermittente, on peut remarquer d'abord quelques symptômes inflammatoires assez marqués pour exiger les antiphlogistiques et les délayants; s'il survient des symptômes bilieux ou muqueux, on prescrira, d'après la plupart des auteurs, des remèdes évacuants, puis des toniques et des stimulants s'il se manifeste quelques symptômes adynamiques ; s'il se joignait à ces derniers des phénomènes nerveux, ataxiques ou typhoïdes, on aurait recours aux stimulants diffusibles, antispasmodiques, calmants, narcotiques, etc. Ne semble-t-il pas ridicule qu'on puisse traiter ainsi par des moyens si différents et tout-à-fait opposés les uns aux

(1) *Opera omnia*, 1788.

autres, une même maladie, par la raison qu'elle présente durant son cours des phénomènes variés, ou quelques nuances de formes plus ou moins saillantes? Hé bien, c'est pourtant ce que font tous les jours encore quelques médecins retardataires de la science ou trop imbus de leurs vieilles routines. On leur verra prescrire successivement, chez le même malade, d'abord les émissions sanguines et les délayants, puis un émétique ou un éméto-cathartique, puis un purgatif, quand déjà ils ne commencent pas par là, et avant d'en venir aux saignées ou en même temps que les évacuations sanguines; plus tard, des toniques, des excitants, et enfin toute la série des calmants et des anti-spasmodiques (1). Et pour qu'on ne les accuse pas d'avoir affaibli le malade par les saignées et favorisé le développement des symptômes *bilieux* ou *muqueux*, puis d'avoir augmenté cette prétendue faiblesse par les évacuants, et d'avoir amené l'*adynamie* ou la *fièvre putride;* enfin d'avoir, par les excitants et les stimulants qu'on opposait à cette dernière, déterminé l'*ataxie* ou la *fièvre nerveuse*, *typhoïde*, etc., il faut bien qu'ils soutiennent que ce sont là trois maladies très différentes et distinctes les unes des autres, qui viennent assaillir l'une après l'autre le même malade? Il faut bien qu'ils soutiennent que les *états bilieux* ou *muqueux*, que les *états adynamiques* ou *putrides*, les *états nerveux*, *typhoïdes* ou *ataxiques*, sont des êtres particuliers, des entités pathologiques très distinctes et qui n'ont rien de commun entre elles! On tombera dans de telles erreurs, à l'égard du traitement des affections fébriles en général, tant qu'on voudra voir en elles des groupes de symptômes essentiels et indépendants des organes, tant qu'on sera conduit par de fausses théories à faire la *médecine des symptômes*, médecine que de tout temps les vrais praticiens ont presque constamment blâmée ou rejetée : « Ces maladies, qui, à raison de leurs symptômes, *semblent variées à l'infini*, dit Boerhaave, ne dérivent point cependant de sources aussi multipliées, et *n'exigent* point une *grande variété* de médicaments et de traitements. C'est avec raison,

(1) Nous avons vu, même dans les hôpitaux de la capitale, prescrire tous ces moyens en quelques jours chez le même malade et pour la même maladie. Nous avons vu des médecins, qui se vantaient de quarante ans de pratique, prescrire en même temps, chez le même malade et contre la même fièvre continue, la saignée, la diète, le petit-lait édulcoré, et le quinquina. Il est vrai que c'était en 1818 et en 1820 : aujourd'hui, grâce aux progrès de la doctrine physiologique, cela ne se voit plus nulle part.

dit Tissot, qu'on tourne en ridicule, et que les gens d'esprit *condamnent* cette méthode de traitement qui se dirige tantôt vers la tête, tantôt vers la poitrine, tantôt vers les reins et vers le ventre, et qui non seulement *ne guérit point*, mais encore *est extrêmement pernicieuse.* »

Ainsi, règles générales de traitement pour les fièvres intermittentes ataxiques ou pernicieuses : prompte administration du quinquina ou du sulfate de quinine durant l'apyrexie, en varier la dose et le mode d'administration suivant l'âge et la susceptibilité des malades ; nécessité dans certains cas, et alors même que l'apyrexie est complète, de faire précéder l'emploi de ce médicament par celui des antiphlogistiques, surtout de la saignée, comme lorsqu'il y a pléthore et menace de congestion vers quelque organe important. Lorsqu'il n'y a point d'apyrexie sensible, insister sur ces derniers moyens ; administrer le sulfate de quinine par voie d'absorption cutanée ou la poudre de quinquina en lavements si l'irritation du canal digestif ne s'étend pas aux gros intestins. Pour les rémittentes pernicieuses, ne donner le sulfate de quinine par la voie de l'estomac que quand la fièvre dépend de la lésion d'un autre organe que la muqueuse digestive ; hors ce cas, n'administrer ce médicament que selon la méthode endermique ; puis, traitement antiphlogistique absolu, saignées, applications répétées de sangsues sur la région épigastrique si l'inflammation paraît résider dans la partie supérieure du canal digestif, et sur la région iléo-cœcale ou au fondement, lorsqu'elle paraît occuper plus spécialement la partie inférieure de ce canal ; ce qui arrive souvent dans nos régions tempérées alors qu'il survient des irrégularités brusques dans la température et surtout des refroidissements humides. Il n'est pas rare alors de voir s'établir des formes fébriles et rémittentes muqueuses, atrabilaires, folliculeuses, ou de voir survenir des dysenteries très opiniâtres qui entretiennent les fièvres d'accès, et qui, comme elles, offrent des redoublements et des rémissions plus ou moins sensibles et réguliers.

Les autres moyens locaux sont les cataplasmes adoucissants, les fomentations émollientes, les lavements de même nature, les bains, les demi-bains tièdes, les révulsifs aux extrémités ; enfin la diète, les boisssons gommeuses, délayantes, acidules ou mucilagineuses, l'éloignement des causes physiques et morales, compléteront ce traitement dont on ne déviera point pour quel-

ques symptômes particuliers et plus ou moins saillants qui pourraient survenir durant le cours de la maladie, parce que ces nouveaux symptômes, lors même qu'ils semblent indiquer une affection nouvelle, ne sont, le plus ordinairement, qu'une dépendance de la même lésion locale dont l'influence sympathique est susceptible de varier par une infinité de circonstances relatives à l'âge, au sexe, à la constitution atmosphérique, aux idiosyncrasies individuelles dont il n'est pas toujours facile de se rendre compte.

Il y a cependant quelques symptômes particuliers qui doivent fixer l'attention du praticien et qui indiquent une modification indispensable dans le traitement ; tels sont ceux qui indiquent la présence des vers dans le canal digestif, comme la dilatation des pupilles, la démangeaison des muqueuses pituitaire et anale, les agitations nocturnes, quelques légères secousses tétaniques, l'odeur fétide et aigre des transpirations cutanée et pulmonaire, des douleurs vives, instantanées et comme déchirantes aux pieds, aux gras des jambes, aux poignets, etc. Il n'est presque pas de phénomènes pernicieux qui, dans les fièvres d'accès, ne puissent être provoqués par la présence des vers dans le canal digestif. Nous avons vu dans la première partie de cet ouvrage des phénomènes nerveux périodiques très graves, occasionnés par cette seule cause chez des individus très irritables. Quand donc on présume que des symptômes pernicieux sont dus à cette cause, il faut promptement administrer des anthelmintiques huileux et les moins irritants possible. Quand on a procuré l'expulsion des vers on s'empresse de revenir aux adoucissants pour calmer ou dissiper l'irritation gastro-intestinale que les vermifuges auront passagèrement augmentée ; mais la cause principale et matérielle de cette irritation se trouvant éloignée par ces moyens, on verra bientôt cesser tous les accidents et la convalescence se déclarer. Nous ne saurions mieux terminer ce qui a rapport au traitement des fièvres rémittentes ataxiques qu'en faisant connaître à cet égard l'opinion très remarquable d'un médecin en chef des armées navales dans la campagne de 1779. « Dans presque toutes ces fièvres (rémittentes malignes) l'éréthisme de l'estomac paraissait l'affection dominante ; elle semblait même la source de tous les autres symptômes de mauvais caractère. Les nausées, les vomituritions, les anxiétés précordiales, les défaillances, le hoquet, étaient constants dans cette maladie ; mais ils avaient une telle intensité, qu'ils n'étaient dans aucune proportion avec les

mouvements fébriles. Lorsque le délire cessait dans la rémission, soit parce que la maladie était moins grave, soit parce que la tête partageait moins les désordres qui en étaient la suite, on retrouvait cette inertie absolue, cet abattement extrême de l'âme qui caractérise le plus grand nombre des fièvres malignes (aujourd'hui typhoïdes). La saignée était non seulement admissible, mais souvent nécessaire. Il ne fallait pas attendre pour la pratiquer qu'elle fût indiquée par l'état du pouls, parce qu'il n'acquérait jamais assez de force et de dureté. Je crois que chez plusieurs de ces malades, on aurait pu lui substituer l'application des sangsues aux tempes ou à l'anus, lorsque l'estomac était le siége principal de la maladie; cette manière de tirer du sang est moins énervante, considération majeure dans les fièvres dont il s'agit. Les émétiques ne pouvaient pas se placer dans le traitement de cette maladie, l'éréthisme de l'estomac était trop considérable. S'il y avait saburre, il fallait la combattre par les délayants et les correctifs appropriés. J'ai moi-même soupçonné dans quelques cas que le *caractère malin* de la fièvre n'était dû qu'à l'exhibition déplacée de l'émétique ; du moins ai-je vu les symptômes de mauvais caractère paraître bientôt après. Les purgatifs n'étaient pas plus favorables que les émétiques; ils étaient contre-indiqués par l'affection des nerfs, et particulièrement par l'éréthisme de l'estomac ; mais on pouvait quelquefois employer les uns et les autres avec avantage dans le déclin de la maladie. Les vésicatoires étaient très utiles pour combattre l'éréthisme de l'estomac ; ils étaient indiqués aussi par les affections de la tête : il était avantageux de les appliquer aussitôt que la congestion commençait à s'opérer ; ils réussissaient mieux pour la prévenir lorsqu'elle était imminente que pour la combattre lorsqu'elle était formée. Quand la saignée était indiquée, il fallait qu'elle précédât l'application des vésicatoires, sans cela ces remèdes étaient insuffisants pour opérer la révulsion du spasme, qui était augmenté plutôt que diminué. Le quinquina (malgré le type rémittent) n'était point indiqué; d'ailleurs, l'irritabilité de l'estomac rendait l'impression de ce médicament très dangereuse. Les vrais remèdes de cette maladie étaient les adoucissants, les émollients, les mucilagineux, les huileux. Ces derniers étaient surtout très utiles lorsqu'on soupçonnait que l'éréthisme de l'estomac était dû en partie à la présence des vers. On devait non seulement recommander aux malades une ample boisson d'une

tisane adoucissante, mais il fallait encore employer les émollients en fomentations et en lavements ; c'était le moyen le plus sûr, parce que le développement des symptômes malins était souvent précédé de quelque cause irritante (1). »

ARTICLE IV.

TRAITEMENT DES FIÈVRES RÉMITTENTES ET INTERMITTENTES COMPLIQUÉES D'ENGORGEMENTS, D'OBSTRUCTIONS, D'HYDROPISIE, ETC.

Il nous reste à parler du traitement des fièvres rémittentes et intermittentes compliquées d'engorgements ou d'*obstructions*, comme on dit, des viscères abdominaux, d'hydropisie, d'œdème des extrémités, etc. D'après la théorie que nous avons précédemment développée, il résulte que ces diverses complications sont ordinairement l'effet de la fièvre intermittente ou de l'irritation fébrile périodique de la muqueuse digestive ; il résulte que, dans le petit nombre de cas où le foie, la rate, etc., se trouvaient engorgés par une cause quelconque avant l'invasion de la fièvre d'accès, celle-ci a toujours rendu ces lésions plus graves et plus intenses ; il n'y a donc pas de doute qu'il ne faille alors attaquer le plus promptement possible cette fièvre par tous les moyens les plus efficaces, et spécialement par l'administration méthodique du quinquina ou du sulfate de quinine. Il est vrai que plusieurs médecins ont accusé ce médicament (le quinquina) de produire les complications dont il s'agit. Cette accusation n'est peut-être que trop fondée, car il n'y a pas le moindre doute que l'administration de l'écorce du Pérou ne puisse aussi devenir la cause efficiente des engorgements abdominaux, de l'hydropisie, etc., quand elle est employée à contre-temps, à trop fortes doses, sous forme peu convenable ou lorsqu'on en continue trop longtemps l'usage. Mais l'emploi du quinquina ne produit de tels effets qu'en augmentant la fièvre ou l'irritation de la muqueuse digestive, en rendant cette irritation plus grave, plus étendue, et par conséquent plus susceptible de se communiquer aux organes qui se trouvent annexés à cette membrane ; tout comme l'usage des sialagogues, poussé trop loin sur la muqueuse buccale, après avoir provoqué un surcroît d'action des glandes salivaires, finit par les irriter et les modifier au point de produire leur engorgement.

Si l'abus du quinquina peut occasionner des lésions diverses

(1) Lucadou, *Observations et réflexions sur les maladies observées dans l'armée navale de* 1779.

dans les viscères abdominaux, il n'en est pas moins certain que son emploi méthodique convient dans la plupart des cas de fièvre intermittente, compliquée d'obstruction, d'hydropisie, etc., soit que ces altérations organiques aient été la suite de cette fièvre, soit qu'elles aient précédé son développement, ce qui est fort rare. Il faut donc administrer convenablement le quinquina ou le sulfate de quinine dans presque tous les cas de complications dont il s'agit, parce qu'on ne peut jamais guérir ces complications sans arrêter d'abord les accès fébriles ou les redoublements périodiques de la gastro-entérite; parce que tant que ces accès ou ces redoublements se répètent, le trouble qui en résulte, les frissons, suite du refoulement du sang et du reflux de la chaleur de l'extérieur dans les viscères, en un mot, cette rupture d'équilibre des fonctions organiques qui les caractérise, se fait toujours de plus en plus au préjudice des organes déjà affectés d'une manière quelconque. Or, nous avons vu comment il fallait arrêter les accès et les redoublements de la fièvre intermittente et rémittente; nous avons vu quand et comment il fallait administrer le quinquina et les autres moyens indiqués contre elle; hé bien, on aura recours aux mêmes moyens, on les administrera de la même manière lorsque, chez un individu atteint de fièvre rémittente ou intermittente, il se présentera des obstructions, des engorgements abdominaux, de gros foies, de grosses rates, l'hydropisie, l'œdème des bourses, des extrémités des membres, etc. On ne devra point perdre du temps à prescrire les diurétiques, les fondants, les apéritifs et les désobstruants; parce que ces moyens, loin d'attaquer le mal dans sa source, augmenteront au contraire les accès fébriles ou l'irritation périodique locale, et par suite favoriseront plutôt qu'ils n'empêcheront le développement des lésions dont il s'agit. La première indication qui se présente, c'est donc d'administrer le quinquina ou le sulfate de quinine, et d'arrêter le plus promptement possible la fièvre intermittente, bien loin de la laisser marcher, de la respecter, de la favoriser, et même de la *rappeler* lorsqu'elle s'arrête d'elle-même. C'est cependant ce qui résulte de la théorie des médecins rétrogrades qui pensent que la fièvre sert à résoudre les obstructions, qu'elle favorise l'action des fondants, des apéritifs, des désobstruants, en échauffant la matière qui doit se fondre, ou en secouant les canaux qui doivent se désobstruer (1).

(1) Bouffey, *Essai sur les fièvres intermittentes.*

Nous pourrions ici, comme nous l'avons fait pour tous les autres préceptes qui découlent de la théorie physiologique, nous pourrions appuyer tout ce que nous venons de dire par l'autorité et l'expérience d'un grand nombre de praticiens recommandables. Il y a plus de vingt siècles qu'Hippocrate reconnut lui-même que l'engorgement des viscères abdominaux et l'hydropisie étaient l'effet des fièvres intermittentes ou le résultat de leur mauvais traitement. On ne pouvait alors accuser le quinquina puisqu'il n'était pas connu. Sydenham soutient que c'est à tort qu'on accuse l'écorce du Pérou, administrée convenablement, de causer des hydropisies et des obstructions, Il les attribue plutôt à l'usage intempestif des évacuants, dont il a plusieurs fois observé les funestes effets. Morton, Torti, Werlhof, Monro, Pringle, Strack, pensent que ce n'est point au quinquina qu'on doit imputer les obstructions et l'hydropisie, mais à la fièvre elle-même, à sa durée et à ses fréquentes récidives. Ces illustres praticiens rapportent plusieurs exemples de fièvres intermittentes accompagnées d'hydropisie, ou compliquées d'obstructions des viscères abdominaux qu'ils ont attaquées et combattues avec succès par l'administration du quinquina. Senac, Cullen, Dumas, Desbois de Rochefort, etc., pensent également qu'il ne faut pas hésiter à combattre de la même manière les cas de fièvre dont il s'agit. Lucadou dit qu'il a donné avec succès le quinquina et la magnésie à des malades bouffis et obstrués; leur fièvre a été dissipée, et leurs obstructions, loin d'en avoir été augmentées, ont ensuite cédé plus facilement aux moyens appropriés. Il soutient qu'il est inutile, sinon nuisible, d'avoir recours aux apéritifs, aux fondants végétaux ou métalliques les plus renommés contre les engorgements des viscères, tant qu'on n'a pas arrêté la fièvre intermittente (1). « On croyait autrefois, dit Tissot, que le quinquina laissait des obstructions et conduisait à l'hydropisie; on sait aujourd'hui que ce qui obstrue et conduit à l'hydropisie, c'est la longueur de la fièvre. Non seulement le quinquina empêche ce malheur; mais lorsqu'il est arrivé parce qu'on ne s'en est point servi assez tôt, son usage guérit encore cette maladie (2). »

Le professeur Pinel, Nysten, Carron d'Annecy, M. Double,

(1) *Mémoires sur les maladies familières à Rochefort.*
(2) *Avis au peuple*, t. I.

ont observé plusieurs exemples de fièvres intermittentes tierces et quartes qui présentaient des hydropisies, des engorgements ou des obstructions des viscères abdominaux, et qu'ils ont traitées avec succès par les toniques et le quinquina. Carron surtout s'élève avec force contre cette routine aveugle qui s'opiniâtre à fondre les engorgements dont il s'agit par force évacuants, incisifs et désobstruants, tandis qu'elle respecte la fièvre intermittente, source féconde de ces accidents funestes. Ce n'est pas seulement par le raisonnement, mais c'est par des faits bien observés, c'est par le résultat d'une longue expérience, que ce praticien distingué combat les préjugés qui s'opposent encore à l'administration du quinquina dans les cas dont il s'agit. Il fait voir que l'usage de ce précieux médicament, en supprimant la fièvre, arrête du moins les progrès des lésions abdominales, et permet à la nature, secondée par le régime, les diurétiques, et autres moyens convenables, de les dissiper peu à peu.

M. Chauffard, praticien distingué d'Avignon, a recueilli plusieurs faits qui prouvent qu'il faut attaquer le plus promptement possible, par une forte dose de sulfate de quinine, toutes les fièvres d'accès compliquées d'engorgements de la rate; pendant qu'on administre le sulfate de quinine, ou bien aussitôt que les accès fébriles sont prévenus, on attaque l'engorgement de la rate par des applications méthodiques de sangsues, et réitérées de huit jours en huit jours, tantôt à l'hypocondre gauche, tantôt à l'anus, dont on favorise les bons effets par des bains de siége, des cataplasmes de farine de riz ou de graines de lin: « Aujourd'hui, dit-il, je ne traite même plus de pareilles fièvres intermittentes sans combiner avec les fébrifuges les évacuations sanguines les plus rapprochées de la rate, et je donne toujours le quinquina en lavements pour que la révulsion ait plus d'efficacité en s'opérant sur une partie du tube digestif moins en rapport de sensibilité et de fonctions avec le viscère engorgé que l'estomac lui-même (1). » Il est donc prouvé par un grand nombre de faits qu'on doit administrer le quinquina, et supprimer le plus promptement possible la fièvre intermittente compliquée d'obstructions et d'hydropisie. Mais il ne faut pas oublier qu'il y a des cas dans lesquels l'usage de ce médicament peut être nuisible, et hâter la mort des malades en donnant plus d'activité aux lésions

(1) *Traité des fièvres.*

organiques dont il s'agit. Ces cas, heureusement fort rares, sont presque toujours amenés par la négligence des malades à invoquer les secours de l'art, et par l'usage peu méthodique à la fois et trop tardif du quinquina. Il faut en général s'abstenir de ce médicament toutes les fois qu'on peut juger, d'après l'examen attentif du malade et l'analyse des symptômes qu'il présente, que la lésion des viscères abdominaux ne consiste plus dans un simple engorgement ou une tuméfaction plus ou moins considérable de ces organes, mais qu'il y a altération organique profonde, dégénérescence squirrheuse, tuberculeuse ou autre. Ce qu'on peut reconnaître à l'ancienneté de la fièvre et au développement d'une tumeur placée dans l'hypocondre droit ou gauche, ou sur la partie moyenne de l'abdomen, suivant que c'est le foie, la rate ou le mésentère qui en sont le siége ; ce qu'on peut juger à l'accroissement progressif de cette tumeur, à son volume, à sa forme inégale et bosselée, puis aux douleurs tantôt vives et lancinantes, tantôt sourdes et profondes, que le malade y éprouve, surtout au moment des accès fébriles; enfin le trouble des principales fonctions, un état de prostration et de maigreur extrême, la sécheresse et l'âpreté de la peau qui offre souvent une teinte jaune paille, le peu de régularité des accès ou des redoublements fébriles, l'existence presque continue d'une petite fièvre qui mine sourdement le malade, le trouble ou l'altération très marquée des fonctions digestives ; même pendant l'intervalle des accès la langue est épaisse, blanche à son centre et rouge à son pourtour, l'haleine fétide, l'appétit languissant ou nul, la digestion lente et pénible, la soif toujours plus ou moins sensible, les urines peu abondantes et sédimenteuses ; l'œdème des extrémités et l'hydropisie augmentent alors plus ou moins rapidement, et le malade ne tarde pas à succomber. Il n'est point nécessaire que tous ces symptômes se trouvent réunis pour reconnaître une lésion grave et déjà très avancée des viscères abdominaux; quelques uns suffisent le plus souvent au praticien exercé pour qu'il découvre l'altération organique dont il s'agit, et qu'il s'abstienne de faire prendre du quinquina à son malade. Cependant il y a des cas dans lesquels il est si difficile d'établir positivement à quel degré d'altération est parvenue la lésion des viscères, que les praticiens les plus instruits peuvent s'y méprendre ; quelques unes des observations rapportées précédemment nous en offrent des exemples : administré dans des cas

où la lésion des viscères thoraciques chez les uns, et l'altération des viscères abdominaux chez les autres, étaient trop avancées, le quinquina fut plutôt nuisible qu'utile, et hâta probablement la mort des malades. Il faut, en pareilles circonstances, mettre tout le temps et toute l'attention convenables dans l'examen des fiévreux, afin de porter un diagnostic aussi sûr que possible, et s'abstenir de l'usage du quinquina ou du sulfate de quinine quand on le soupçonne inutile ou dangereux. Il y a aussi des cas de lésions organiques plus ou moins graves, dans lesquels pourtant la périodicité des mouvements fébriles est telle qu'on peut fonder de véritables espérances sur l'efficacité de l'écorce du Pérou; il faut alors faire précéder son usage de quelques moyens antiphlogistiques, moyens auxquels on reviendra encore aussitôt qu'on aura obtenu la suppression des redoublements fébriles périodiques. Un régime méthodique et soutenu est encore indispensable pour conduire à terme une convalescence presque toujours très longue et plus ou moins orageuse. Il faudra bien se garder de répondre trop vite aux désirs du malade; il n'est pas rare que l'administration des amers provoque un appétit qu'il serait dangereux de satisfaire ; presque toujours aussi les convalescents sont impatients de réparer leurs forces par des aliments restaurants, par l'usage de boissons stimulantes et alcooliques ; de graves rechutes suivraient immédiatement de telles imprudences. Un régime diététique plus ou moins sévère est en général indiqué tant qu'on observe quelque noyau d'engorgement ; il faut tromper l'appétit des malades par quelques fruits cuits, compotes de pommes et pruneaux, par de petites soupes aux herbes fraîches, quelques légumes doux et mucilagineux, continuer les boissons délayantes, revenir plus ou moins souvent à quelques petites applications de sangsues sur la région de l'abdomen correspondante à l'engorgement, favoriser les saignées capillaires locales par des demi-bains tièdes et les cataplasmes émollients ; prescrire encore suivant l'état des malades, et pour augmenter l'action des fonctions cutanées et sécrétoires qui est presque toujours nulle ou languissante, l'usage des chemisettes de flanelle, des frictions sèches sur toute la surface du corps, des bains tièdes, des lavements, du petit-lait nitré, des décoctions de chiendent, de chicorée sauvage et surtout de saponaire, rendues quelquefois laxatives par l'addition de quelques gros d'un sel neutre de soude, de potasse ou de magnésie;

tels sont les moyens à l'aide desquels on obtiendra peu à peu la résolution des engorgements abdominaux.

ARTICLE V.

DES MOYENS DE PRÉVENIR LES RECHUTES, OU DU RÉGIME A SUIVRE A LA SUITE DES FIÈVRES RÉMITTENTES ET INTERMITTENTES.

Lorsque, dans les cas ordinaires de fièvre intermittente, on est parvenu à dompter les accès fébriles par l'emploi méthodique du quinquina, du sulfate de quinine, ou par tout autre moyen, la tâche du médecin n'est pas encore entièrement remplie, à cause de la tendance aux récidives que présentent la plupart des fièvres d'accès et de la prédisposition des malades à les contracter de nouveau aussitôt qu'ils se trouvent placés dans quelques circonstances favorables à leur développement et sous l'influence de la moindre des causes qui les avaient produites la première fois. Il faut donc donner des conseils aux malades pour leur faire éviter avec soin tout ce qui peut amener ou seulement favoriser le développement de la fièvre d'accès. Il faut leur faire connaître les précautions qu'ils ont à prendre, les influences nuisibles à éviter, le régime à tenir, en un mot, comment ils doivent user de tout ce qui les environne et comment doivent être distribués à leur égard tous les matériaux hygiéniques. Ainsi, on leur défendra d'user de boissons stimulantes, de liqueurs fortes, d'aliments de haut goût, trop épicés et difficiles à digérer, de manger des fruits de mauvaise qualité ou qui n'ont pas atteint leur parfaite maturité; on leur recommandera de choisir des aliments de bonne qualité et d'en faire un usage modéré; car il suffit souvent d'une alimentation trop abondante ou trop riche en matériaux alibiles pour développer un certain état de pléthore ou d'excitation générale qui favorise singulièrement le retour de la fièvre intermittente.

On devrait bien se persuader que ces rechutes si fréquentes, dont on se plaint, sont moins l'effet du caprice ou de la bizarrerie de cette fièvre, que du défaut de régime, de la difficulté de modérer certains appétits effrénés des convalescents et de prévenir une sanguification trop abondante. On leur conseillera de ne pas se livrer à des travaux fatigants surtout pendant la nuit, de prendre chaque jour un exercice modéré au grand air et pendant que le soleil est sur l'horizon; d'éviter les variations brusques de chaud et de froid, surtout l'influence d'une humidité

froide même passagère, de se vêtir trop légèrement suivant la saison. On les engagera à changer d'habitation, si elle se trouve placée dans un lieu bas, humide, au nord-ouest, et surtout dans la proximité de quelques étangs fangeux, ou de marais plus ou moins étendus et malsains. Dans le cas où il est impossible aux malades de changer, même pour un temps limité, leur résidence, il faut au moins qu'ils sachent se soustraire autant que possible aux influences funestes dont il s'agit, qu'ils ne sortent jamais qu'après le lever du soleil, qu'ils rentrent avant son coucher, et qu'ils évitent surtout le froid et l'humidité de la nuit. Une cause fréquente de récidives, c'est l'usage abusif et la mauvaise qualité des eaux : le paysan, pendant ses travaux, est fréquemment très altéré, et boit la première eau qui se présente. Outre qu'il devrait s'abstenir d'en boire beaucoup à la fois, il devrait encore l'aiguiser avec quelques gouttes de vinaigre, ou mieux avec un peu d'eau-de-vie, pour qu'elle fût un léger stimulant pour l'estomac et qu'elle n'occasionnât pas ces sueurs débilitantes et cet affaissement général qui est souvent la suite de l'ingestion d'une trop grande quantité d'eau. Il y a en outre des précautions relatives aux affections morales, aux émotions plus ou moins vives de l'âme, aux travaux, aux habitudes, dont il importe de tenir compte. Au physique aussi bien qu'au moral, il faut éviter toute fatigue, toute espèce de trouble et toute commotion inattendue et violente quelconque.

Indépendamment des préceptes dont nous venons de parler et qui tous appartiennent à l'hygiène, il y en a d'autres qui sont du domaine de la thérapeutique, et qui ont également pour but de prévenir le retour de la fièvre intermittente : tel est celui qui, d'après l'expérience d'un grand nombre de praticiens, consiste à revenir de temps à autre à l'administration du quinquina ou du sulfate de quinine. On a appelé *paroxystiques* les époques auxquelles on a reconnu qu'il était avantageux de continuer quelques doses de ce médicament comme moyen prophylactique. D'après Werlhof, ces époques doivent varier suivant le type de la fièvre intermittente, parce qu'il a observé que les rechutes ou les récidives de cette fièvre avaient lieu à des intervalles correspondant à la répétition des accès : il a remarqué, par exemple, qu'elles se manifestaient spécialement dans la seconde ou la quatrième semaine à la suite de la fièvre tierce ; qu'elles avaient lieu, pour la fièvre quarte, dans la troisième ou la sixième semaine à

dater de sa suppression. Ce praticien recommande donc d'administrer le quinquina de préférence aux époques dont il s'agit, pour prévenir le retour de chacune de ces fièvres. Sydenham avait déjà fait la même remarque, puisqu'il conseille de renouveler l'emploi de l'écorce du Pérou tous les huit jours à la suite des fièvres tierces, et tous les quatorze jours à la suite des fièvres quartes dont on veut prévenir les récidives. D'après ces grands praticiens, ce ne sont pas seulement les semaines, mais encore les jours paroxystiques qui doivent être régulièrement observés, parce que les rechutes arrivent presque constamment l'un des jours qui auraient été marqués par des accès si la fièvre n'avait pas été interrompue. Aussi, indépendamment de la continuation du quinquina, recommandent-ils, pendant les semaines et les jours correspondant aux accès ou aux paroxysmes fébriles, de redoubler de précautions et de soins pour éviter tout ce qui pourrait les rappeler.

Il en est de même, selon M. Chomel, pour les fièvres intermittentes qui ont été arrêtées par le sulfate de quinine. Ce professeur pense qu'il faut continuer l'usage de ce médicament à doses décroissantes pendant huit jours pour les fièvres quotidiennes, pendant quinze jours à la suite des fièvres tierces, et pendant un intervalle de temps encore plus long pour prévenir le retour des fièvres quartes. Mais quand on a suivi les principes de la doctrine physiologique dans le traitement des fièvres dont il s'agit, il est rare qu'on soit obligé de continuer plus ou moins long-temps l'usage de ces médicaments; ou, si parfois la prudence semble l'exiger, il suffit ordinairement d'en administrer de petites doses et pendant un nombre de jours très limité. Quant à l'emploi du quinquina, à titre de préservatif, durant les semaines paroxystiques, ce précepte ne nous paraît guère fondé que dans les cas où l'on voit survenir chez les convalescents quelques prodromes fébriles, tels que la céphalalgie, un malaise général, des lassitudes, quelques frissonnements passagers, etc. Il y a des médecins qui veulent qu'on continue ainsi, à des époques plus ou moins rapprochées, pendant un mois, deux mois, et même plus long-temps, l'administration du quinquina, toujours dans le dessein de prévenir des rechutes. Mais il faut bien prendre garde de donner trop d'extension au précepte dont il s'agit; il y aurait des inconvénients très graves à insister trop long-temps sur l'emploi d'un stimulant aussi énergique que l'écorce du Pérou. Il

y a aussi, dans la convalescence des fièvres intermittentes opiniâtres comme de toutes les maladies de longue durée et qui ont beaucoup affaibli les malades, certains mouvements fébriles presque continus, ou qui se renouvellent particulièrement vers le soir, et qui sont loin d'exiger l'emploi du quinquina; ce moyen serait même directement nuisible, parce que ces mouvements fébriles, tenant à une faiblesse générale et à une grande irritabilité des voies digestives, indiquent au contraire qu'on doit donner plus d'attention au régime des malades, qu'il faut être plus réservé sur la quantité et le choix des aliments et des boissons. Souvent il faut supprimer le vin pur ainsi que l'usage de certaines substances alimentaires, et diminuer de moitié ou d'un tiers la somme totale des aliments, qu'il faut alors choisir de très facile digestion. Quelquefois même il faut revenir à la diète et aux boissons délayantes pendant deux ou trois jours.

Plusieurs praticiens pensent que la fièvre intermittente a beaucoup plus de tendance à récidiver lorsqu'elle a été supprimée par le quinquina que quand elle a cédé aux moyens diététiques, délayants et antiphlogistiques. Cette opinion nous paraît assez fondée pour qu'on doive insister sur ces moyens dans tous les cas où l'on peut le faire sans danger, et toutes les fois que les accès fébriles paraissent céder peu à peu à leur emploi méthodique; et cela avec d'autant plus de raisons qu'il est prouvé par l'expérience de M. Broussais et de tous les médecins physiologistes que, dans les cas assez nombreux où les fièvres intermittentes cèdent à un traitement purement diététique et antiphlogistique, elles ne sont presque jamais suivies d'engorgements des viscères abdominaux et sont beaucoup moins sujettes aux récidives. C'est un fait que MM. Duplan et Gasté ont particulièrement constaté, le premier dans l'île de Corse, et le second à La Rochelle, où ces praticiens ont fréquemment occasion d'observer les fièvres dont il s'agit.

Dans tous les cas de fièvres intermittentes opiniâtres et qui ont été presque exclusivement traitées par la méthode empirique, il est extrêmement prudent, si l'on veut éviter les récidives, non seulement d'éloigner avec soin toutes les causes occasionnelles, mais encore d'interroger attentivement tous les viscères abdominaux afin de combattre activement toute espèce d'engorgement et d'irritation chronique qui peut survivre plus ou moins long-temps après la disparition de la fièvre. M. Broussais a souvent observé

des malades qui, après avoir essuyé plusieurs rechutes de fièvres intermittentes, n'avaient plus actuellement d'accès fébriles, mais ils restaient faibles, languissants, et, malgré leur appétit, ne reprenaient ni forces ni embonpoint; en les examinant avec soin, ce célèbre praticien découvrait chez l'un un engorgement de la rate, chez l'autre une nuance de gastro-entérite chronique annoncée par un appétit tantôt nul, tantôt vorace, par le trouble et l'irrégularité des fonctions digestives et des évacuations alvines; chez un troisième, c'était une petite toux nocturne, annonçant un catarrhe chronique; dans tous ces cas, si l'on ne parvenait à éteindre complétement ces différents foyers d'irritation, la fièvre intermittente continuait à reparaître à la moindre recrudescence de la lésion locale; alors cette lésion, exaspérée de nouveau par les frissons fébriles, arrivait promptement à ce degré d'altération d'où résultaient l'hydropisie et la mort (1).

Nous ne terminerons pas sans insister sur le point principal relatif à l'art de prévenir les rechutes des fièvres intermittentes, comme de toutes les maladies périodiques en général, ce point, c'est le régime. On aurait beau calculer avec exactitude les époques paroxystiques et prescrire avec méthode des doses plus ou moins abondantes de quinquina ou de sulfate de quinine, le prétendu spécifique n'empêchera point les accès fébriles de récidiver si le régime n'est parfaitement adapté à la manière d'être du malade, si l'on ne prévient les digestions longues et pénibles par un bon choix d'aliments pris en quantité modérée; si l'on ne prévient les affections vives de l'âme et la tendance à la tristesse par le changement d'air, la distraction et les voyages; si l'on n'entretient la régularité des évacuations alvines par un genre de nourriture un peu relâchant et par les lavements; si l'on ne parvient à régler les goûts et l'appétit du malade, de manière à éviter une hématose trop active, et par suite un état de dureté et de plénitude du pouls qui est presque toujours l'avant-coureur d'un nouvel accès.

Pourquoi les rechutes de fièvre intermittente sont-elles si fréquentes en automne, indépendamment même des grandes variations de température et de toutes les influences atmosphériques? N'est-ce pas parce que c'est la saison de l'abondance et des plaisirs, la saison où l'on recueille le plus grand nombre de fruits,

(1) *Ouvrages cités.*

où des exercices plus longs et plus fréquents activent l'appétit et disposent à faire des excès de table? Pourquoi les vieillards et les enfants sont-ils plus sujets aux récidives des fièvres d'accès? N'est-ce pas parce que, chez eux, toute l'activité des fonctions de l'économie est en quelque sorte dirigée du côté de l'appareil digestif? Chez ceux-ci, la fréquence et l'énergie de l'appétit et le défaut de prudence, les portent souvent à le satisfaire sans règle ni mesure; chez ceux-là, la table étant devenue la première et principale jouissance, il n'est pas rare qu'ils s'y livrent avec une sorte de suavité qui les porte à dépasser les besoins de la nature, et cela d'autant plus facilement que ces besoins sont très bornés à cet âge, à cause du peu d'activité de toutes les fonctions, et surtout de l'espèce d'engourdissement des systèmes cutané et locomoteur.

Dans certaines circonstances, c'est à l'usage abusif du quinquina qu'on peut attribuer directement ou indirectement le retour de la fièvre intermittente: directement, quand la stimulation qui en résulte est poussée assez loin pour constituer une véritable nuance de gastro-entérite fébrile; indirectement, quand son emploi, même très modéré, provoque un appétit désordonné qui conduit à des excès de table. Il y a des cas d'irritabilité gastrique avec défaut d'activité et de régularité des fonctions digestives, tels qu'on pourrait au premier abord les attribuer à la faiblesse. La soif est tantôt vive, tantôt nulle, il en est de même de l'appétit; la bouche est mauvaise et pâteuse, la langue à peine d'un rouge bien marqué à sa pointe et sur ses bords, et pourtant si l'on veut vaincre cet état par l'usage des toniques et du quinquina, on verra reparaître les symptômes d'une fièvre rémittente plus ou moins grave, et qu'on ne pourra guérir que par un traitement antiphlogistique plus ou moins énergique.

Souvent aussi ce n'est ni l'abus du quinquina, ni des excès en aucun genre qui rappellent la fièvre intermittente; il suffit, comme nous l'avons dit, d'une hématose trop active, suite d'une alimentation très succulente ou trop substantielle, et qui, eu égard à la prédisposition des convalescents, provoque le retour de la fièvre dont il s'agit. C'est donc le plus souvent au défaut d'un régime convenable, surtout relativement au choix et à la quantité des aliments, qu'on peut rapporter la plupart des récidives de fièvres d'accès. Ce précepte seul, bien observé, dispenserait souvent de revenir à l'emploi du quinquina ou du sulfate de quinine, à titre

de préservatif, tandis que l'emploi de ce médicament avec l'oubli du précepte dont il s'agit, perdra sa réputation et n'obtiendra point l'effet désiré. On peut d'ailleurs établir en thèse générale, qu'il faut être extrêmement réservé dans l'administration des amers à titre de préservatif; tout comme, sous le rapport du régime, il faut l'être dans l'usage des aliments plus ou moins riches en matériaux nutritifs. Il faut constamment remplacer les viandes faisandées, noires et rôties, par les chairs blanches de jeunes animaux; les légumes féculents et les pâtes par les végétaux mucilagineux, comme la carotte, les navets, les épinards, l'oseille, la chicorée, les salsifits, etc.; il faut faire choix d'un vin rouge généreux et en user avec une extrême modération. Les fruits bien mûrs, sucrés, juteux et de bonne qualité conviennent parfaitement. C'est une erreur vulgaire de croire que les fruits en général sont *fiévreux;* s'ils méritent quelquefois cette épithète en automne, où, joints à plusieurs autres causes, ils occasionnent des gastro-entérites périodiques, ce n'est que dans les cas d'abus ou de mauvais choix.

Souvent il arrive que les convalescents restent très sensibles aux moindres changements atmosphériques, surtout aux impressions du froid; il est alors d'autant plus important de les mettre à l'abri de ces impressions, qu'ils sont parfois sujets à une transpiration plus ou moins abondante, à un état de moiteur habituelle et même à de véritables sueurs pour peu qu'ils agissent ou se livrent à des exercices prolongés. Dans ces cas, il est très prudent de leur faire porter de la flanelle sur la peau, de leur prescrire l'usage de quelques bains tempérés, puis un exercice journalier, jamais porté jusqu'à la fatigue, mais suffisant pour donner du ton à la fibre musculaire et maintenir l'équilibre des fonctions organiques. Quand les convalescents sont disposés à la constipation, il faut insister sur l'usage des végétaux mucilagineux et des fruits cuits, et surtout leur recommander de ne jamais tarder de se présenter sur selle au moindre besoin; on peut aussi avoir recours aux lavements émollients; mais il faut prendre garde d'user trop fréquemment de ce moyen, afin de ne pas en contracter une habitude indispensable et toujours incommode; à plus forte raison serait-il nuisible ou dangereux de chercher à vaincre la constipation par les purgatifs. C'est la prédilection ou la manie de certains malades pour l'usage de ces moyens, qui leur attire de fréquentes rechutes et des convales-

cences interminables. Ce n'est pas sans raison que Sydenham regarde les purgatifs comme le fléau des convalescences suites des fièvres d'accès ; la proscription de ce grand praticien à l'égard des purgatifs est telle dans ce cas qu'elle s'étend même jusqu'aux lavements.

Enfin, il y a des convalescents qui sont tourmentés par des agitations nocturnes et des insomnies opiniâtres auxquelles on oppose en vain tous les calmants et les narcotiques ; ce qui leur convient alors, ce sont les bains tièdes ou légèrement froids, les frictions cutanées sur toute la surface du corps avec des brosses ou de la flanelle, un exercice soutenu, des promenades journalières, des repas réglés de manière que la digestion du souper puisse s'achever dans le lit et les disposer au sommeil.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE SECOND VOLUME.

DEUXIÈME PARTIE.

LIVRE PREMIER.

FIN DE LA TABLE DU SECOND VOLUME.

